

N^o 15

AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

	MM. les Professeurs		
Examineurs de la Thèse	{	BOURDE, <i>Président</i>	}
		CORSY	
		SALMON	
		DOR	
			Assesseurs

1941



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549014_0042

**DES PERFORATIONS INTESTINALES
ITÉRATIVES
AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE**

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

DES PERFORATIONS INTESTINALES ITÉRATIVES AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le 16 Juillet 1941

PAR

Edmond HENRY

né le 5 Décembre 1910

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

	MM. les Professeurs	
	BOURDE, <i>Président</i>	
Examineurs de la Thèse	{	CORSY
		SALMON
		DOR
		} <i>Assesseurs</i>

Imprimerie du Sémaphore - Marseille

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen Honoraire de la Faculté : M. IMBERT

Professeurs Honoraires de la Faculté : MM. MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés des Cours Honoraires de la Faculté : MM. TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mlle GEORGE

Professeurs

Anatomie	MM. CORSY.
Anatomie pathologiq. et Pathologie expérim...	CORNIL.
Bactériologie	ROUSLACROIX.
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI.
Chimie médicale	ROCHE.
Clinique chirurgicale	FIOLLE.
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	***
Clinique des maladies nerveuses	ROGER.
Clinique médicale	AUDIBERT.
Clinique médicale	OLMER.
Clinique médicale	MATTEI.
Clinique médicale infantile	GIRAUD.
Clinique obstétricale	VAYSSIERE.
Clinique ophtalmologique	AUBARET.
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND.
Clinique urologique	CHAUVIN.
Histoire naturelle	GABRIEL.
Histologie	ROMIEU.
Hygiène générale et coloniale	VIOLE.
Médecine légale	MOISINGER.
Parasitologie	JOYEUX.
Pathologie interne	MONGES.
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER.
Pharmacie	VIGNOLI.
Physiologie	COTTE.
Physique	CHEVALLIER.
Thérapeutique	GAUJOUX.
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BEITRAMI.
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC.

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE.
-------------------------------	--------

Agrégés en exercice

MM. PIERI	MM. BALANSARD	MM. IMBERT
MOIROUD.	BRAHIC.	AUDIER
CARCASSONNE.	FIGARELLA.	CHOSSON
BERTHIER.	SALMON	DOR
POINSO.	PAILLAS	RECORDIER
DUBOULOZ.	ARNOUX	
SAUTET.	DELPHAUT	

Agrégé libre

M. QUINTARET

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	M. DERRIEN
-----------------------	------------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	MM. SALMON.
Chimie minérale	ARNOUX.
Médecine du travail	PERIOT.
Médecine opératoire	DOR.
Microbiologie	QUINTARET.
Obstétrique	CHOSSON.
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT.
Psychiatrie	ALLIEZ.
Toxicologie	GUILLOT.



A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES DUMON

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Il a su me guider et me stimuler avec une bonté et une simplicité inlassables. Affectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE CHEF DE BATAILLON BARRIEUX

COMMANDANT LE 15^e B. I. L.

Prisonnier de guerre, en souvenir des heures tragiques de juin 1940.

AU DOCTEUR JACOS

INTERNE DES HÔPITAUX DE NANCY

ET A PIERRE ROCHU

EXTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Prisonniers de guerre,
Dont les amitiés me furent si précieuses
pendant les longues journées de l'Oflag XIII A.

AU DOCTEUR TARTAVEZ

Prisonnier de guerre, en souvenir de notre captivité commune au Réserve-Lazarett de Freising.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BOURDE

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FREDERIC CORSY

Qui a bien voulu nous accepter dans son laboratoire, Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MICHEL SALMON

Dont la bienveillante sollicitude m'a permis, à l'hôpital et à la Faculté, d'apprécier la droiture et la haute valeur professionnelle.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE JACQUES DOR

Après m'avoir inspiré cette thèse, il en a guidé pas à pas l'élaboration. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MESSIEURS :

Le Docteur SFPET	Le Docteur GAMEL
Le Professeur GAUJOUX	Le Professeur IMBERT
	Le Docteur MICHEL
Le Docteur ROCHE	Le Professeur agrégé DOR
dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.	dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.

A CEUX QUI M'ONT PREPARE AUX CONCOURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLORI

qui m'a préparé à l'Externat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR APPAIX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUMON

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOR

qui m'ont préparé à l'Internat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SALMON

qui m'a préparé à l'Adjuvat.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Il est un tableau que le chirurgien, et surtout le chirurgien marseillais connaît bien : Il opère un typhique de perforation intestinale ; les suites sont favorables, l'état général se relève rapidement, « la partie semble gagnée » (Dor). Brusquement, la douleur qui avait disparu, réapparaît, le ventre se ballonne, la température s'élève, le pouls s'accélère. En quelques heures le malade est emporté. L'autopsie pratiquée révèle une autre perforation. Ce sont ces *perforations itératives tardives* que nous aurons surtout en vue ici.

Parfois les choses vont plus vite : après l'intervention le malade ne se rétablit pas ; s'il y a une amélioration elle n'est que passagère. La mort survient dans les trois ou quatre premiers jours. A l'autopsie on trouve une suture qui a lâché ou une perforation nouvelle. Ce sont des *perforations itératives précoces*.

Enfin, un troisième tableau clinique doit être décrit ; il répond aux *perforations à l'extérieur du ventre*. Celles-ci se manifestent, soit par l'apparition d'une déhiscence sur une anse extériorisée par le chirurgien, soit par l'issue de matières fécales à travers la brèche opératoire.

Telles sont les trois aspects présentés par la perforation itérative typhique. Elle se définit donc : *toute nouvelle ouverture de l'intestin survenant après une première perforation*. Ce sont les « additional perforations » des auteurs anglais.

Comment justifier l'intérêt de cette étude ? Il n'est pas exagéré de dire que les perforations itératives (mise à part la perforation à l'extérieur), sont une des causes principales de mort et sans doute la principale des morts tardives après les perforations typhiques opérées.

Résoudre le problème des perforations itératives serait modifier heureusement le pronostic de la perforation typhique. On sait combien est sombre ce pronostic. A Marseille, l'impression des chirurgiens est, à ce point de vue, « effroyable » (Dor). Il faut prévenir les perforations itératives et tâcher de les guérir quand elles sont tardives. Mais pour cela, il est nécessaire de les reconnaître précocement.

Aussi est-ce surtout à leur diagnostic précoce et à leur traitement que nous nous sommes attachés dans ce travail.

HISTORIQUE

La plupart des auteurs qui se sont occupés des perforations intestinales typhiques, mentionnent les perforations itératives, mais sans s'y arrêter. On connaît les perforations itératives depuis que l'on opère les perforations intestinales et que l'on fait des autopsies.

C'est en 1884 que Leyden, au Congrès Allemand de Médecine interne préconisa l'intervention chirurgicale et la fermeture de l'orifice. Et depuis cette date on relève des observations de perforations itératives. C'est ainsi que Kimura, par exemple, en 1890, publie une observation de perforation itérative précoce.

Aux Etats-Unis, où la fièvre typhoïde fait de nombreux ravages, un grand nombre d'observations de perforations récidivantes sont publiées. Citons parmi les plus typiques les observations de Parkin, d'Abbe en 1895 et celle d'Armstrong (1895). Cushing, en 1898, publie un cas de perforation itérative tardive guérie après trois interventions successives. Nous ne citerons pas ici toutes les observations publiées à cette époque par les chirurgiens anglais et américains ; on les trouvera à la fin de ce travail.

En 1903, Escher met en honneur une nouvelle méthode qui préviendra dans une certaine mesure la perforation itérative : l'entérostomie. De fait, à partir de ce moment, les perforations itératives sont moins fréquentes.

En 1908, le traitement de la perforation intestinale fait l'objet de longues discussions à la Société de Chirurgie de Paris. Mais la perforation itérative n'est pas spécialement retenue. Parmi les nombreux cas publiés, on note l'observation de

Morestin (perforation itérative quinze jours après l'intervention), celles de Launay, Leriche, Michaux, Quénu, Sieur et Loison.

Roberts publie en 1909 un beau cas de guérison. Cette même année paraît la thèse de Buizard sur le traitement chirurgical des perforations intestinales typhiques. Pour la première fois à notre connaissance, sont réunies 80 observations de perforations itératives. Il met en évidence le rôle de ces récidives dans l'échec du traitement chirurgical de la perforation typhique.

En 1910, E. Duval, dans sa thèse, désapprouve la suture des perforations typhiques. Il la rend responsable d'un grand nombre de perforations itératives et cite maints exemples à l'appui. Il fait l'éloge de l'entérostomie qui « prévient, dans la mesure du possible, les perforations secondaires ».

Brin, en 1911, rapporte une observation de perforation récidivante.

En 1924, Gueullette, dans un article du *Journal de Chirurgie*, met en garde l'opération contre les perforations itératives : « l'intervention doit prévoir les perforations itératives et s'opposer à leurs effets ».

Vers cette époque paraissent plusieurs thèses, mais aucune ne fait mention spéciale des perforations itératives. Celle de Freville (1925), sur les perforations de la convalescence, celle de de Latouche (1930), sur les perforations au cours des paratyphoïdes, celle de Le Gallou (1930), sur les perforations tardives, enfin celle de Bonamy (1932) sur les perforations paratyphiques ne citent que de rares observations de perforations itératives.

Moiroud publie en 1930 à la Société Nationale de Chirurgie, une récurrence survenant, le vingtième jour après l'intervention sur une anse extériorisée.

D'ailleurs, depuis une douzaine d'années, les chirurgiens ont essayé, par une prudence justifiée, de prévenir les perforations et à plus forte raison les récidives : Bonnet, en 1929, a proposé l'entérostomie sur le grêle ; Moure, en 1930, la coecostomie, et plus tard avec Bernardbeig, l'appendicostomie. Favière, Folliasson, Liège (1930), conseillent le drainage de la vésicule biliaire.

L'Ecole marseillaise, profitant d'une riche observation, s'est particulièrement intéressée aux perforations typhiques.

En 1934, le Professeur Bourde, dans un numéro des Archives de Médecine Générale et Coloniale consacré aux complications chirurgicales de la fièvre typhoïde met au point la question des perforations typhiques. Puis, c'est notre maître, J. Dor, qui, à la Société de Chirurgie de Marseille met en relief le problème des perforations itératives. A propos de trois cas personnels publiés en 1936-37, il montre le rôle de ces perforations itératives dans les résultats opératoires. Salmon publie, en 1937, vingt cas opérés chez l'enfant dont un avec perforation itérative, puis avec Combes rapporte une observation où douze perforations secondaires ont été trouvées à l'autopsie.

La même année, Luccioni apporte deux observations de perforations itératives à l'extérieur. En 1939, Dor et Escarras signalent à la Société de Gastro-entérologie du Sud-Est, un nouveau cas.

Enfin, dans son livre « Les perforations digestives de la fièvre typhoïde » qui paraît en 1939, Dor réserve un chapitre spécial à l'étude des perforations itératives.

En résumé, si on a déjà parlé et à Marseille surtout, des perforations itératives, elles n'ont jamais, jusqu'à présent, fait l'objet d'une étude particulière.

GENERALITES ETIOLOGIQUES

Il est intéressant pour le médecin de connaître au point de vue étiologique la fréquence des perforations itératives, l'influence de l'âge et du sexe, le moment où elles surviennent et les facteurs qui accompagnent leur apparition.

1° FREQUENCE DES PERFORATIONS ITERATIVES

Les récidives de perforations dans la fièvre typhoïde ne sont pas très fréquentes. Buizard, dans sa thèse, en avait relevé 80 cas. Nous avons recueilli dans la littérature récente, 21 cas pour la plupart vérifiés.

Ce qui est beaucoup plus intéressant à noter, c'est le pourcentage des perforations itératives par rapport aux perforations intestinales d'une part, et par rapport aux causes de mort, d'autre part.

A. — Fréquence dans les perforations intestinales

Dans sa thèse, Buizard, sur ses 590 observations décrit 80 cas de perforations itératives (1). Donc, en gros, 1/7^e des typhiques perforés font une récidive. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de ces chiffres.

B. — Fréquence dans les causes de mort

En moyenne, dans la typhoïde, un décès sur trois est dû à une perforation intestinale (Osler).

(1) Ce chiffre englobe les perforations à l'extérieur, les perforations précoces, les perforations tardives.

Les morts précoces (sept premiers jours) sont assez rarement le fait des perforations itératives. Sur 328 morts précoces (1), nous relevons 22 perforations itératives (à l'exclusion des réouvertures).

Beaucoup plus importante est la proportion des perforations itératives dans les morts tardives. Citons les chiffres de Buizard (1) : perforations itératives vérifiées sur 54 morts après 7 jours, soit sur 54 morts après 7 jours, soit 1/5^e des cas.

Notre maître, J. Dor écrit (2) : « J'ai pratiqué l'autopsie de 4 sujets morts respectivement 18, 13, 12, 19 jours après l'opération, quatre fois j'ai trouvé une perforation itérative au-dessus de la première. Une telle série doit être retenue. Doit être recueilli, de même, le chiffre de 13 décès par perforations itératives tardive vérifiée ou très probable, sur 126 décès précoces ou tardifs de notre statistique ».

Nous sommes absolument persuadés que ces chiffres sont *très inférieurs à la réalité*. Bien des perforations sont passées inaperçues à l'intervention et même à l'autopsie. Et malgré le faible nombre des vérifications nécropsiques pratiquées, il apparaît vraiment que la *perforation itérative est responsable de la grande majorité des morts tardives*.

2° INFLUENCE DE L'ÂGE ET DU SEXE

Il semble que l'âge et le sexe aient une certaine influence dans l'apparition des perforations itératives. Nous avons relevé dans nos observations les chiffres suivants :

Sur 83 observations où l'âge est indiqué, on note :

- 35 cas de 20 à 30 ans ;
- 32 cas de 10 à 20 ans ;
- 11 cas au-dessus de 30 ans ;
- 5 cas au-dessous de 10 ans.

Sur 90 cas où le sexe est spécifié :

- 69 hommes ;
- 21 femmes.

Les adultes jeunes, les hommes sont donc spécialement exposés.

(1) Buizard : Du traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique. Thèse Paris, 1909.

(2) J. Dor : Les perforations digestives de la fièvre typhoïde. Masson, 1939.

3° LE MOMENT OU ELLES SURVIENNENT

Les perforations itératives se produisent à des périodes très variables : tantôt immédiatement après la perforation primitive, tantôt 10, 15 jours plus tard. A la suite de Buizard et de J. Dor (1) nous reprendrons la distinction en deux catégories :

Dans la première, nous groupons toutes les *perforations précoces*. Ce sont « celles qui surviennent immédiatement ou dans les tous premiers jours après l'opération » (Dor).

Leur fréquence absolue est grande : elles constituent 45 % des observations de Buizard. Du point de vue anatomique, elles réunissent les réouvertures des perforations suturées et les nouvelles déhiscences. Elles n'ont aucune symptomatologie propre, car leurs signes sont noyés dans le tableau de péritonite généralisée, c'est dire que leur diagnostic est à peu près impossible. On comprendra aisément que devant un typhique opéré, en pleine péritonite, il ne peut être question de thérapeutique chirurgicale, puisqu'il est, pour ainsi dire, impossible de poser un diagnostic ferme.

Ces caractères sont absolument opposés à ceux des *perforations tardives*. On désigne ainsi les perforations survenant « 8 jours au moins après l'opération » (J. Dor).

Il y a donc entre la perforation et la récidive un délai. Il peut atteindre 15 jours, 21 jours (Artaud), 1 mois (Combes, Salmon, Jean et Taranger). Elles sont plus rares que les perforations précoces. Nous en avons relevé 51 cas dans la thèse de Buizard.

Dans nos observations, elles représentent 16,8 % des perforations itératives (2). Cet intervalle libre, certains signes, leur donnent une individualité clinique qu'il est possible de mettre en évidence. Enfin la thérapeutique doit être tentée

(1) Dor (J.) et Escarras : Les perforations itératives de la fièvre typhoïde. A propos d'un nouveau cas. Société de Gastro-Entérologie du Sud-Est, janvier 1939.

(2) Cette statistique est faite d'après toutes les observations réunies à la fin de ce travail.

chez des typhiques qui ont fait les frais d'une première perforation. Ce sont les « bons cas » (Dor), ceux que la chirurgie doit sauver.

C'est surtout cette catégorie de perforations itératives que nous aurons en vue ; ce sont elles qui assombrissent le pronostic des perforations typhiques ; les reconnaître et les traiter serait améliorer très heureusement ce pronostic.

4° LES FACTEURS DE LA PERFORATION

La perforation itérative, comme la première perforation, est le résultat de l'escarrification de la paroi intestinale. Il est possible néanmoins de mettre en évidence certaines causes secondaires favorisant la chute de cette escarre. Nous distinguerons donc : la véritable cause qui est anatomique et les facteurs adjuvants.

A. — La cause anatomique

C'est la continuation du processus ulcératif : c'est le grand caractère qui sépare les perforations typhiques des autres perforations ; une première perforation est loin de mettre à l'abri de la seconde. « Ici, la typhoïde continue » (Meyer-May).

Il serait illusoire de vouloir chercher une particularité quelconque dans le mécanisme de la perforation itérative. Comme dans la première perforation, il se produit une zone nécrotique, résultat d'une thrombose vasculaire. La chute de cette escarre, l'intégrité ou la dehiscence de la séreuse péritonéale peuvent être, dans une certaine mesure liées à quelques causes occasionnelles que nous envisageons plus loin. Ainsi, la même cause, agissant par le même mécanisme, produit la même lésion. Seule la non-simultanéité des lésions est à retenir. Et c'est le propre de l'évolution successive des lésions typhiques.

B. — Les causes adjuvantes

Il est possible de mettre en évidence certaines causes capables de favoriser la chute de l'escarre. Les seules importantes sont « celles qui agissent mécaniquement sur l'intestin » (Buizard).

Les unes sont *communes aux perforations itératives et primitives* : mentionnons les classiques purgations, l'alimentation reprise trop tôt, un mouvement brusque, un effort violent (un cas de Parkin, observation 3). En gros, les fautes alimentaires ou thérapeutiques.

D'autres sont *particulières à la perforation itérative*. Ce sont, semble-t-il, des fautes opératoires. Il faut, au cours de l'intervention, éviter soigneusement toute *manipulation de l'anse* malade ; toute exploration étendue peut être fâcheuse pour l'avenir de l'intestin.

D'autre part dans sa thèse, Duval rend la *suture* responsable d'un grand nombre de récidives. Elle permet une perforation itérative de diverses façons ; d'une façon directe par les fils qui se résorbent (obs. 15, 28) ou coupent la paroi friable (obs. 17, 41) ; d'une façon indirecte par le fait même que la suture ne met pas l'intestin au repos, n'évacue pas son contenu toxique, mais au contraire permet la distention si favorable à une nouvelle perforation.

De fait, depuis l'abandon de la suture systématique, la perforation itérative a diminué dans des proportions considérables. D'ailleurs ce sont les échecs de la suture qui nous ont fourni la plus grande partie de nos observations de perforations itératives (1).

Notons enfin que *l'extériorisation* de l'anse pourrait favoriser la perforation itérative (Dor, Carcassonne, Bonnal). Mais elle est, dans ce cas, sans danger pour le malade et ceci ne saurait être un argument contre ce procédé opératoire qui conserve toute sa valeur.

(1) Sur nos 101 observations, 79 fois la perforation itérative a été consécutive à une suture.

LES LESIONS

L'attention du chirurgien doit être attirée successivement sur quatre points essentiels : l'aspect de la perforation, ses conséquences, son mécanisme, ses caractères histologiques.

1° LA PERFORATION

La perforation itérative revêt deux formes anatomiques : tantôt il s'agit d'une *nouvelle perforation* plus ou moins éloignée de la première, tantôt il s'agit d'une *déhiscence de la perforation suturée*.

I. — La perforation itérative proprement dite

Plusieurs caractères méritent d'être précisés.

a) Le *siège* est utile à connaître.

On sait que la perforation primitive siège le plus souvent dans les 50 derniers centimètres de l'iléon. Par rapport à celle-ci, la perforation itérative se rencontre, dans la majorité des cas, en amont (1), sur le bord libre du grêle, tantôt à quelques centimètres en amont, 1 cm. (obs. 31), tantôt beaucoup plus haut, 40 cms (obs. 54). En moyenne, c'est entre 10 et 40 centimètres que l'opération aura plus de chances de rencontrer la perforation itérative. Voici d'ailleurs les chiffres que nous donnent 14 observations où des renseignements sont indiqués :

2 cas où la perforation itérative est à moins de 10 cms

8 cas où la perforation itérative est entre 10 et 20 cms

4 cas où la perforation itérative est à plus de 20 cms

(1) Sur 27 observations où les renseignements sont fournis nous trouvons 21 perforations itératives en amont et 6 perforations itératives en aval.

Ce renseignement est capital pour le chirurgien qui devra rechercher l'orifice secondaire au-dessus de la première perforation. Et ceci peut être une indication à utiliser dans les perforations itératives, une incision plus interne, par exemple une médiane sous-ombilicale.

Plus rarement, la perforation itérative siège en *aval*. On l'a rencontré au voisinage de la valvule iléo-cœcale (obs. 5), entre deux perforations suturées (obs. 22), au niveau des points de suture (obs. 6).

Encore plus exceptionnelles sont les localisations *en dehors du grêle*, sur le bord libre du colon iléo-pelvien (obs. 30), sur le cœcum (obs. 15, 91).

Il se dégage de ces notions, un fait d'une importance chirurgicale indiscutable : c'est que le chirurgien doit commencer son exploration par les 40 centimètres situés au-dessus de la perforation primitive. C'est, en effet, dans cette région de prédilection pour la perforation itérative, qu'il a le plus de chance de la rencontrer.

b) *L'aspect macroscopique* de la perforation itérative nous retiendra un instant.

Ses *dimensions* sont variables. Les auteurs citent volontiers des comparaisons : « grain de riz », « pointe d'épingle », « tête d'épingle », « lenticulaire ».

Il semble que le diamètre moyen soit de 4 à 6 m/m.

Bien entendu, on peut observer les orifices volumineux, les « zones nécrotiques ». Ces formes graves sont souvent au-dessus de nos ressources.

L'orifice a une *forme* généralement arrondie, « elliptique ». Il est intéressant de noter que la perforation est plus large du côté intestinal ; « l'ensemble à la coupe représente assez bien un entonnoir » (Dor). Cette disposition calquée sur celle de la préparation primitive, explique une grande proportion des échecs de la suture.

c) *L'état de la paroi intestinale* est une notion des plus précieuses. Dans certains cas favorables, elle est peu modifiée, se prêtant à la suture ; le plus souvent les parois sont fortement modifiées, amincies ou œdématisées, cartonnées par endroits, friables en d'autres. Des zones, à des stades d'ulcéra-

tion plus ou moins avancée, indiquent bien l'évolution du processus typhique. La constatation de ces lésions dictera au chirurgien le procédé opératoire à utiliser.

d) Le nombre de ces perforations itératives est variable. Si les perforations uniques sont les plus fréquentes, les cas de perforations multiples ne sont pas rares. Dans 74 observations où le nombre des perforations est spécifié on trouve 33 perforations uniques et 14 perforations multiples.

Il s'agit le plus souvent de 2 à 3 perforations, mais il est classique de citer l'observation de Triboulet et Harvier (obs. 39) avec 10 perforations itératives, le cas de Hoffmann (1) avec 25 perforations. La malade de Combes, Salmon, Jean et Taranger a fait 12 perforations itératives (obs. 57). Voici d'ailleurs à titre d'indication, la proportion des perforations multiples :

Sur 13 cas on note	7 cas avec 2 perforations		
»	» 2	» 3	»
»	» 1	» 4	»
»	» 1	» 5	»
»	» 1	» 10	»
»	» 1	» 12	»

II. — La dehiscence de la suture

C'est un autre aspect de récidence de la perforation typhique. Les observations de Buizard donnent 12 cas sur 80 perforations itératives, dont 1/7°. Ces dehiscences constituent un échec opératoire qui doit, avec les modifications de la technique, disparaître des statistiques. Duval condamne formellement la suture, responsable de ces perforations. « On a de graves méfaits à reprocher à la suture » écrit-il et il cite à l'appui de nombreux exemples de ces échecs. Dans maintes observations que nous rapportons, on trouvera les différents modes de récidence : par déchirure des tissus fragiles (obs. 17, 41, 45), par résorption du fil de suture (obs. 15, 28), enfin par apparition d'une nouvelle ulcération sur le point de suture (obs. 47). Faut-il, dans ce dernier cas, incriminer l'échec de la suture ou la récidence sur place ? » (Duval).

(1) Cité par Gueullette : Diagnostic et traitement des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. *Journ. de Chir.*, t. XXIV, 1924, N° 3, p. 257.

Signalons enfin les associations de déhiscences de la suture à une nouvelle perforation (obs. 9, 91).

2° LES CONSEQUENCES DE LA PERFORATION

La perforation produite, deux évolutions sont à envisager :

Dans un premier cas, le contenu intestinal s'écoule dans la cavité abdominale entraînant ainsi une *réaction péritonéale* plus ou moins violente.

Dans un second cas, ce contenu s'écoulera à l'extérieur, soit que spontanément des adhérences protectrices se soient formées, soit que le chirurgien ait au préalable, extériorisé une anse. Il se produit alors une *fistule stercorale*.

A. — La péritonite

Nous n'observons pas ici la péritonite « constamment généralisée » (Dor) des perforations primitives. Des conditions très différentes sont créées par les adhérences opératoires résultant de la première intervention et par des adhérences naturelles provoquées par la première péritonite. Nous relevons dans nos observations 16 péritonites généralisées et 12 péritonites localisées (1).

Les *péritonites généralisées* s'observent de préférence dans les perforations itératives précoces (déhiscence de suture ou perforation nouvelle). On conçoit que dans ces cas précoces les adhérences n'aient pu se créer, en raison de la virulence particulière de ces formes éberthiennes d'une part, de la succession rapide des deux perforations d'autre part. Le liquide intestinal est variable d'aspect. Il s'agit le plus souvent d'épanchement séro-purulent, abondant, quelquefois fécaloïde. Il est de règle que cette péritonite généralisée se termine par la mort à brève échéance.

(1) Dans toutes les autres observations aucune précision n'est donnée sur la réaction péritonéale.

Les *péritonites localisées*. — Ici des cloisons limitent l'infection péritonéale : elles peuvent être artificielles (mèches, drains placés par le chirurgien au cours de la perforation primitive ou naturelles (péritonite primitive). La plus grande prudence est de règle lorsque l'opérateur intervient dans ces cas ; les adhérences seront soigneusement respectées ; un simple drain au contact d'une perforation est préférable à une suture ou une extériorisation dangereuse. L'épanchement est rarement séro-purulent. Il est le plus souvent pyo-stercoral. De nombreuses observations citent « l'abcès fécal cloisonné au fond du pelvis ».

Le pronostic de ces formes est moins sombre.

Il est à noter que ces réactions localisées sont très souvent le fait des perforations itératives tardives.

Voici d'ailleurs des chiffres mettant ces faits en évidence : Sur 20 cas de perforations précoces où la réaction péritonéale est spécifiée, on note 14 péritonites généralisées et 6 péritonites localisées. Alors que sur 5 perforations tardives, 4 s'accompagnent de péritonites localisées, 1 seule de péritonite généralisée.

On peut semble-t-il ébaucher ici une opposition entre la péritonite généralisée, grave, à contenu liquide, conséquence des perforations précoces, et la péritonite localisée, de pronostic meilleur, à contenu pyo-stercoral, résultat des perforations tardives.

B. — La fistule stercorale

Le liquide intestinal au lieu d'infecter la cavité péritonéale, peut s'écouler au dehors. Cette fistule stercorale se produit spontanément si le pus se fraye un chemin à travers des adhérences protectrice jusqu'à l'incision. Plus souvent la perforation se produit sur une anse extériorisée par le chirurgien.

Ces fistules stercorales sont particulièrement fréquentes puisque sur 101 perforations itératives nous relevons 42 fistules stercorales. Si elles sont sans intérêt clinique, leur apparition est une preuve de la fragilité de l'intestin typhique et l'on imagine combien il est dangereux de laisser à l'intérieur de la cavité abdominale un intestin porteur d'ulcérations menaçantes.

L'évolution de ces fistules stercorales est dans l'ensemble favorable (1). L'anse rentre spontanément. Quelquefois une réintervention est nécessaire.

3° CARACTERES HISTOLOGIQUES DE LA PERFORATION ITERATIVE

Ils sont identiques à ceux de la perforation primitive.

Nous ne pouvons, sur ce point, que nous en rapporter aux observations personnelles de notre Maître, le Pr. Agr. J. Dor (2).

Sans vouloir reprendre ici l'histologie de la perforation typhique, rappelons-en les caractères dominants : autour de la solution de continuité, les éléments constitutifs de la paroi intestinale sont difficiles à retrouver.

On remarque à leur place, des amas de cellules lymphoplasmocytaires, quelques polynucléaires, des grands macrophages. Ces cellules baignent dans du liquide d'oedème.

A côté de ces modifications cellulaires il faut noter l'importance des lésions vasculaires. Le Pr. Agr. Dor les a retrouvé constamment dans ses observations personnelles. Il s'agit de thromboses vasculaires atteignant les artères et surtout les veines au voisinage de la perforation.

Le Pr. Agr. Salmon (3) a pratiqué des injections artérielles au minium dans les perforations typhiques. La radiographie lui a montré que ces vaisseaux s'injectaient mal au voisinage des perforations.

4° MECANISME PATHOGENIQUE

C'est celui de la perforation primitive et ceci nous permettra d'être bref. Trois théories se partagent le mécanisme de la perforation typhique. La première, théorie inflammatoire, insiste sur l'infiltration lymphoïde, particulièrement au niveau des petits vaisseaux, ce qui entraîne une nécrose locale. Une

(1) Buizard note : sur 39 fistules stercorales, 28 guérisons.

(2) J. Dor : Les perforations digestives de la fièvre typhoïde.

(3) Communication à la Société de Chirurgie de Marseille (1937, p. 129).

autre, se basant sur l'importance des lésions vasculaires, évoque l'idée de thromboses véritables au niveau de certaines branches de la mésentérique supérieure.

Récemment, Laplane (1), à la suite d'expérimentation chez l'animal, a mis en lumière le rôle du sympathique abdominal.

L'irritation de ce sympathique au niveau des ganglions mésentériques entraîne des lésions ulcéro-hémorragiques caractéristiques de la typhoïde.

Cette étude serait à poursuivre, surtout envisagée sur le terrain thérapeutique.

(1) Laplane : Les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1936.

LES SYMPTOMES

Il serait difficile de vouloir décrire un syndrome commun aux perforations itératives, aussi choisirons-nous une forme type : la **perforation itérative tardive**. Elle intéresse le médecin au plus haut degré puisque c'est d'elle que dépend, en grande partie, le pronostic de la perforation typhique en général : la reconnaître précocement afin de la traiter utilement, tel est le but à atteindre.

Etudions d'abord ses *signes*, nous verrons ensuite les caractères de son *évolution*.

A. — SES SIGNES

Si les perforations primitives sont décrites minutieusement, par contre les observateurs ne s'étendent guère sur les symptômes des perforations itératives.

Il est didactique de classer ces signes en fonctionnels, physiques et généraux.

1° Signes fonctionnels

Ils sont loin d'avoir la netteté et le relief noté dans les perforations primitives.

Les plus utiles à connaître, sont : la douleur, les troubles du transit intestinal. Il existe des signes accessoires.

a) LA DOULEUR. — C'est un bon signe car il est presque constant.

Son apparition est *lente et progressive*. Il est exceptionnel de noter un début brusque, comme l'a vu Artaud (obs. 53) ou Parkin (obs. 3) dans une perforation précoce.

Que de variations dans son intensité. Dans les cas extrêmes, il peut s'agir d'une « violente douleur abdominale » (obs. 13), de « colique vive avec ténésme » (obs. 47), d'un « drame abdominal » (ob. 53). Dans la grande majorité des cas, c'est une douleur *peu accusée, sourde, insidieuse*, une « sensibilité abdominale diffuse » (obs. 57).

Son siège est difficile à préciser. Si dans quelques cas on note un maximum dans la fosse iliaque droite (obs. 59), c'est le plus souvent une douleur *diffuse* dans tout l'abdomen, *mal localisée*, sans irradiation nette.

Il faut cependant noter l'existence des perforations itératives produites sans aucune douleur (obs. 33). Le malade de Combes, Salmon, Jean et Taranger a fait 12 perforations itératives sans manifestations douloureuses.

b) LES TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL. — Ils sont d'importance variable.

L'arrêt ou le ralentissement des matières et des gaz est un signe majeur. Chez un typhique opéré, en bonne voie de guérison, ce signe sera en faveur d'une complication. Il est particulièrement évident chez les malades porteurs d'une sonde d'iléostomie : l'arrêt ou la diminution marquée de l'écoulement de cette sonde fera aussitôt penser à la perforation itérative. Le Pr. agr. Dor insiste sur ce signe fonctionnel et met en évidence le tableau d'obstruction intestinale que revêt souvent la perforation itérative.

c) LES SIGNES ACCESSOIRES. — *L'écoulement de matières fécales ou de pus* par la plaie est d'une évidence qui s'impose. Les observations sont rares qui signalent ce symptôme. Citons le cas de Salmon, Dor et Ho-Ta-Khan, où « un flot de liquide séreux » fait irruption par la plaie, celui de Roberts où les matières fécales s'écoulent par l'incision. Combes, Salmon, Jean et Taranger rapportent également une observation où « les matières fécales sont issues par la plaie ».

Les vomissements sont loin d'être constants. Nous les avons trouvés 4 fois dans 17 observations. Lorsqu'ils existent, ils sont peu abondants, muqueux, bilieux. Il faut connaître l'existence de vomissements « répétés » (obs. 44) ; les nausées, le hoquet peuvent aussi s'observer.

La diarrhée se rencontre rarement. Les auteurs la signalent surtout dans les perforations précoces (désunion de la suture). La *constipation* est autrement fréquente (obs. 48-55).

On a signalé enfin *l'hémorragie* du moment de la perforation (obs. 43).

En somme, mis à part l'issue de matières fécales, *un tableau d'obstruction intestinale* domine nettement l'ensemble de ces signes fonctionnels.

2° Signes physiques

Leur imprécision notable mérite d'être signalée ici. Aucun n'est pathognomonique.

a) L'INSPECTION révèle :

Le *ballonnement abdominal* ; on l'a noté dans plus de la moitié des cas. Il a donc une certaine valeur. Il peut être très précoce. On le trouve considérable dans les perforations précoces ; mais il est dans la majorité des cas peu marqué dans les perforations tardives.

Le *péristaltisme* est exagéré chez certains malades qui n'ont pas d'iléostomie. Mais ce signe est trop inconstant pour qu'on lui attache crédit.

•b) LA PALPATION est plus riche d'enseignements.

La *douleur provoquée* sera recherchée avec une grande minutie. C'est une douleur diffuse, imprécise, généralisée à tout l'abdomen. Presque toujours la fosse iliaque droite est la région la plus sensible. Un excellent signe, préconisé par notre Maître, le Pr. agr. J. Dor, consiste à rechercher la *douleur à la décompression* d'un point quelconque du ventre : c'est toujours la fosse iliaque droite qui réagit douloureusement.

Un signe négatif d'un grand intérêt mis en évidence par la palpation est *l'absence de contracture* : le ventre est souple. S'il s'agit d'une défense, elle est toujours très légère. Il y a des exceptions : le « ventre de bois » de l'observation d'Artaud en est une.

c) LA PERCUSSION de cet abdomen révèle un *tympanisme* plus ou moins net. La disparition de la matité hépatique (obs. 13) et sa traduction radiologique sont ici sans valeur

puisque une laparotomie a été déjà pratiquée. Cette dernière exploration n'a pas, à notre connaissance, été faite dans les perforations récidivées.

d) LE TOUCHER RECTAL complètera cet examen et sera d'une aide précieuse pour le diagnostic.

Rassemblons les signes épars de cet examen : un ventre douloureux, souple, légèrement ballonné : c'est *un ventre d'obstruction et non de péritonite*.

3° Signes généraux

Ce sont des signes fidèles, souvent discrets. Nous n'avons jamais noté, dans nos observations, de nouvelles perforations qui ne se traduisent par une manifestation de cet ordre, si légère soit-elle.

a) Au premier plan, les *modifications du pouls* : accélération, dépressibilité.

L'accélération (100-120-140) est d'autant plus évidente que le malade, après l'intervention, était redevenu bradycardique. Dans toutes les observations où une modification du pouls était noté, l'accélération était de règle. Sa dépressibilité a, sans doute, moins de valeur.

b) La *courbe thermique* ne présente pas les grandes modifications classiquement décrites dans la perforation primitive. Il s'agit, le plus souvent d'une élévation thermique légère, 38° en moyenne. Cushing, dans une observation (obs. 44) signale une chute brutale de la température. Bonamy, de même, a relevé une brusque chute vespérale dans l'observation XIV de sa thèse (obs. 42).

c) Enfin, *l'état général* est rapidement altéré. La plupart des observateurs notent le « faciès pincé » (obs. 44), « la prostration », « l'adynamie », « la langue sèche » (obs. 55-58).

C'est, en somme, une brusque modification de l'état général chez un opéré qui allait bien. Une telle défaillance dans des suites opératoires favorables ne doit pas échapper au clinicien averti des perforations itératives. La douleur et surtout l'obstruction intestinale constituent alors des indications opératoires impérieuses.

B. — SON EVOLUTION

Schématiquement, on peut distinguer dans l'évolution de perforations itératives tardives trois périodes :

Une période post-opératoire ;

Une période de perforation ;

Une période de péritonite.

1° La période post-opératoire

En fait, elle n'appartient pas en propre à la perforation itérative. Son importance, au point de vue diagnostic rétrospectif est considérable. C'est une sorte d'intervalle libre, une phase muette durant laquelle on assiste à une « apparence de guérison ». L'état général se relève ; le pouls se ralentit, la température descend. Localement, le ventre s'assouplit et n'est plus douloureux. Si l'on a fait une iléostomie, l'écoulement par la sonde est abondant.

Cette période a une durée approximative de 12 jours. Elle peut atteindre 19 jours (un cas de Dor et Escarras) ; 21 jours (un cas d'Artaud) ; 24 jours, un cas d'Armstrong. De toute façon, nous avons admis un délai minimum de 8 jours pour qu'on puisse parler de perforation itérative tardive.

Voici d'ailleurs, à titre indicatif, les chiffres que nous avons relevé :

6 fois la période libre était de 8 jours			
1	»	»	9 »
2	»	»	10 »
1	»	»	12 »
1	»	»	13 »
2	»	»	15 »
1	»	»	16 »
1	»	»	19 »
1	»	»	21 »
1	»	»	24 »

2° La période de perforation

Brusquement, un jour, le tableau s'assombrit. On voit apparaître la symptomatologie que nous avons décrite.

Succédant à une longue période libre, cette perforation ne doit pas passer inaperçue. Il faudra, dès le début, en saisir le premier signe. Nous reviendrons sur la nécessité de suivre avec une minutie constante les opérés typhiques.

La vigilance devra redoubler à la période critique du 8^e au 15^e jour. La moindre douleur abdominale, la moindre modification du transit intestinal, tout fléchissement de l'état général devra donner l'éveil et faire penser à la perforation itérative.

Ce serait une lourde faute que de laisser passer cette période, car c'est la période chirurgicale par excellence. Nous pensons que les statistiques seraient bien améliorées si les malades étaient opérés à ce moment. N'oublions pas que ce sont les « bons cas », ceux qui peuvent et qui doivent guérir.

Cette période passée, c'est la péritonite.

3° La période de péritonite

Aucun espoir n'est plus permis. Peu nous importent les signes, puisque le chirurgien ne peut plus rien ; le ballonnement est intense, la douleur très atténuée ; le hoquet, les vomissements fécaloïdes, le collapsus annoncent une mort prochaine.

LES MODALITES CLINIQUES

La perforation itérative tardive s'accompagnant de péritonite a été, dans le chapitre précédent, l'unique objet de notre description. Il convient de décrire, à côté de cette forme deux grandes variétés anatomo-cliniques : les perforations précoces et les perforations à l'extérieur. Par ailleurs, des facteurs secondaires sont susceptibles de modifier les tableaux classiques : les *symptômes*, le *germe* en cause, la *période* de la typhoïde où se produit la perforation, le *siège* et le *nombre* de ces perforations. Nous distinguerons donc :

LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES PRINCIPALES

Nous en connaissons une : la perforation itérative tardive à l'intérieur ; examinons les deux autres, c'est-à-dire les perforations précoces et les perforations à l'extérieur.

A. — Les perforations précoces

Ce sont celles qui surviennent avant le 8^e jour. Leur apparition est fréquente (1), mais leur étude est sans intérêt pratique puisqu'elles sont au-dessus des ressources thérapeutiques.

Anatomiquement, elles groupent les déchiscences des sutures et les nouvelles perforations.

Leurs signes sont noyés dans la péritonite aiguë généralisée. Il n'y a pas d'intervalle libre. L'intervention est rapidement suivie de ballonnement qui s'accroît jusqu'à devenir

(1) Nous avons trouvé dans nos 101 observations, 42 perforations précoces contre 17 perforations tardives et 42 perforations à l'extérieur.

« considérable » (obs. 16, 20). Les vomissements sont abondants, « fécaloïdes » parfois (obs. 24). La diarrhée est notée fréquemment (obs. 24, 25). De nombreux auteurs signalent l'hémorragie intestinale (obs. 15, 23, 24). L'état général est rapidement grave et l'évolution fatale survient à bref délai sans que le médecin ait eu un seul moment l'impression de sauver son malade.

La thérapeutique, nous l'avons dit, est vaine. Le chirurgien ne peut rien pour ces typhoïdes graves (2).

B. — Les perforations itératives à l'extérieur

Rappelons qu'elles se produisent soit à la suite d'adhérences protectrices, soit à la suite d'extériorisation chirurgicale.

Elles constituent une forte proportion des perforations itératives (3).

Elles sont sans histoire clinique. C'est une fistule stercorale qui s'installe sur le grêle. Elle est le plus souvent unique, mais nombreux sont les exemples où 2, 3 perforations sont apparues successivement.

Citons le cas de Luccioni (2 perforations), celui de Belgiano (2 perforations), celui de Vincini (3 perforations).

L'écoulement peut se tarir spontanément ; l'anse peut rentrer d'elle-même. Néanmoins une réintervention s'impose assez souvent.

L'évolution favorable, bien que souvent observée, n'est pas constante et Buizard, sur 39 cas a noté 11 décès.

Loin de constituer une objection contre l'extériorisation, l'apparition de ces perforations itératives est un argument en faveur de cette méthode chirurgicale et un avertissement pour les opérateurs qui pourraient hésiter à l'utiliser.

(2) Sur 42 observations que nous relevons, la mort est survenue dans chaque cas.

(3) 42 sur 101 observations.

LES FORMES SECONDAIRES

A. — Formes d'après les signes

Ces deux formes extrêmes peuvent se rencontrer.

1° *Une forme péritonite sthénique.*

C'est un « drame abdominal ». Le début est brusque marqué par une douleur violente en coup de poignard, accompagné de vomissements abondants. L'examen met en évidence une contracture manifeste, le véritable « ventre de bois » des perforations gastriques.

Ces formes sont rares et le diagnostic de perforation est facile. Un exemple typique est celui du malade d'Artaud (obs. 53) qui, 21 jours après une première perforation, rechute avec des signes péritonéaux impressionnants. Citons encore les observations 3, 13, 17 de Buizard.

2° *Une forme latente.*

A l'opposé de la forme précédente on n'observe ni douleur, ni vomissements. L'état général décline rapidement, la mort survient. L'autopsie est pratiquée : le malade avait fait une deuxième perforation intestinale. Les exemples ne manquent pas (obs. 33).

B. — Formes d'après la période de la typhoïde

Les récidives de perforation peuvent se voir aussi bien au début qu'à la fin de la typhoïde.

1° *Perforations itératives du début de la typhoïde.*

J. Dor a montré que, contrairement à l'opinion classique, les perforations primitives du début de la typhoïde étaient généralement des formes graves. Il ressort de la série des cas observés que les perforations itératives de cette période échappent à toute thérapeutique.

2° *Perforations itératives de la fin de la typhoïde.*

Nous avons recueilli une observation de perforation itérative de la fin de la typhoïde dans la thèse de Fréville (1) (convalescence), trois dans celle de Le Gallou (2) (rechute). Il s'agissait une seule fois de perforation itérative tardive. D'autre part, la proportion de quatre récidives sur 20 perforations de la convalescence est à noter.

Par contre, dans la thèse de Montoliu sur les typhoïdes ambulatoires (3), nous n'avons pas noté de perforations itératives. Nous en rapportons un cas (obs. 16) emprunté à Buizard.

C. — *Formes d'après le germe en cause*

La perforation itérative se rencontre rarement au cours des paratyphoïdes.

Bonamy (4) et Latouche (5) publient tous deux le cas de Lemonnier : perforation itérative précoce au cours d'une paratyphoïde B. Il faut reconnaître que ces perforations sont extrêmement rares (1 % des cas Bonamy).

D. — *Formes d'après le siège*

Si, on l'a vu, les perforations itératives siègent presque toujours sur la fin du grêle en amont de la perforation primitive, on peut observer des localisations inhabituelles.

Telles sont, par exemple, les déhiscences secondaires du colon iléo-pelvien (obs. 30), du cœcum (obs. 91).

Certaines autopsies prétendues négatives trouvent là leur explication.

(1) Fréville : Perforation intestinale typhique de la convalescence. Thèse Bordeaux 1925.

(2) Le Gallou : Perforations tardives de la fièvre typhoïde. Thèse Bordeaux, 1929-1930.

(3) Montoliu : Perforations intestinales au cours des typhoïdes ambulatoires. Thèse Paris, 1927.

(4) Bonamy : Perforations intestinales au cours des paratyphoïdes. Thèse Paris, 1932.

(5) Latouche (de) : Perforations intestinales au cours des paratyphoïdes. Thèse Bordeaux, 1930.

Il est difficile, à la lecture de ces observations, de dire si des signes localisateurs traduisent ces perforations car les renseignements recueillis sont rares.

E. — Formes d'après le nombre des perforations

On pourrait opposer la perforation unique à la perforation multiple. Mais il serait vain de vouloir chercher des signes cliniques propres à chacune de ces formes. C'est seulement à l'ouverture du ventre que la distinction sera faite.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se présente de façon différente suivant les types de perforation.

Certains cas sont *évidents* : ce sont les péritonites sthéniques, les perforations à l'extérieur. De tels diagnostics ne se discutent pas.

Bien différents sont les cas *frustes* (perf. itérat. tardive). Ce sont d'ailleurs les plus fréquents et leur diagnostic est difficile du fait de la discrétion de leurs signes. Ce sont ces cas qu'il faudra reconnaître au premier symptôme. L'examen radiologique ne peut fournir ici aucune aide appréciable. Pendant les suites opératoires, le malade qui a l'avantage d'être en milieu chirurgical sera surveillé avec la plus grande minutie. Plusieurs examens par jour seront nécessaires. Il semble qu'on ne se méfie pas assez des perforations itératives. Le chirurgien doit avoir présent à l'esprit que son opéré peut faire une récurrence de perforation, même s'il va bien. Et une fois sur trois, le malade en mourra. Aussi *toute modification locale, douleur, ballonnement, obstruction, toute altération de l'état général seront immédiatement suspectes.*

Bref, tout sera mis en œuvre pour que le diagnostic soit posé, et posé de manière précoce.

Il semble bien que la précocité de l'intervention soit plus importante encore que le procédé opératoire utilisé. Que d'observations où le malade a été opéré trop tard ou même n'a pas été opéré !

Si les perforations itératives ne doivent pas échapper au chirurgien, elles ne doivent pas non plus être confondues avec certaines manifestations locales ou générales. Nous avons vu les signes dominants de la perforation itérative type : un

ventre douloureux et ballonné, des modifications du transit intestinal, une altération plus ou moins marquée de l'état général. Éliminons les affections qui peuvent simuler les éléments de ce tableau.

1° Les signes abdominaux

On devra les distinguer de certaines complications de la typhoïde.

a) *Les complications vésiculaires* ont un tableau un peu différent. La douleur est sous-hépatique. Le subictère, la conservation de l'état général, l'intégrité du transit intestinal mettront sur la voie du diagnostic.

b) *La douleur de la distention coecale* s'accompagne de gargouillement du cœcum et la douleur spontanée est presque nulle.

c) *La douleur de la thrombose des veines iliaques* est très vive et s'accompagne de signes veineux au niveau des membres inférieurs et du bassin.

d) *La douleur des affections spléniques* (infarctus, abcès), *thoraciques* (pleurésies, pneumonies à point de côté abdominal) et *pariétales* (rupture du grand droit de l'abdomen) seront facilement rapportées à leur véritable cause.

e) Le *météorisme* peut exister sans perforation. L'absence d'autre signe évitera la confusion.

f) Certains *syndromes abdominaux* peuvent prêter à confusion : les péritonites sans perforations, les pseudo-péritonites existent-elles dans le cas qui nous occupe ? Car si la discussion peut se poser pour les perforations primitives, ici c'est à la perforation itérative que l'on pensera d'abord, ne serait-ce qu'à cause de la loi de fréquence. Le *syndrome abdominal aigu* du purpura ne nous arrêtera pas non plus.

i) Enfin on reconnaîtra les *suppurations résiduelles pelviennes*, reliquats de la péritonite primitive.

2° Les modifications du transit digestif

a) *Les vomissements* bien que rares dans la typhoïde, peuvent exister dans certaines formes (fièvre typhoïde avec vomissements incoercibles).

b) *Les occlusions post-opératoires* surtout, sont susceptibles de simuler la perforation itérative. Ce sont des occlusions soit par adhérences, soit par paralysies ; quelquefois, elles sont le résultat d'une suture mal faite.

Le diagnostic est bien difficile et l'iléus paralytique mis à part, c'est à l'intervention que se fera la distinction.

3° Les signes généraux

a) *Les modifications du poulx* se voient dans les complications cardiaques (myocardite), les complications pulmonaires, les hémorragies.

b) *Les modifications de la température* consistent ici, le plus souvent, en une hyperthermie, aussi éliminera-t-on les complications fébriles (pulmonaires-vésiculaires).

L'hypothermie est rare et on aura exceptionnellement à discuter l'hémorragie, la crise hypothermique, la première rémission du stade amphibole.

c) *L'aggravation de l'état général* est particulièrement marqué dans le collapsus typhique (forme cardio-péritonéale), la forme hépatique de la fièvre typhoïde, l'insuffisance surrénale aiguë.

En pratique, on discute rarement ces diagnostics différentiels et c'est surtout parce qu'on *n'y pense pas assez* qu'on laisse mourir son opéré de perforation itérative.

PRONOSTIC

Il est très variable selon la forme des perforations itératives.

1° *Les perforations itératives à l'extérieur* guérissent dans la majorité des cas, même sans intervention. Sur nos 42 observations, on note 13 morts, ce qui représente 30 % de décès.

2° *Les perforations précoces*, par contre, ont un pronostic inexorable. Nous n'avons pas dans nos 42 cas relevé une seule guérison. Même opérées, ces formes sont trop graves pour qu'on puisse escompter un résultat favorable.

3° *Les perforations itératives tardives* nous retiendront plus longuement.

Sans intervention chirurgicale, elles laissent prévoir une mort certaine pour le malade. Il ne peut être tenu compte de quelques guérisons spontanées, soit par enkystement, soit par issue de pus au dehors de la brèche opératoire. Ces rares cas ne constituent, tout au plus, que quelques curiosités cliniques.

Malheureusement, l'opération (1) ne modifie que très insensiblement cette évolution. Les chiffres sont accablants : 5 malades ont été réopérés, 3 sont morts.

Quels sont les facteurs responsables de ces échecs ?

Citons d'abord la *sévérité de l'infection* de certaines typhoïdes. N'oublions pas non plus, que certains organismes profondément infectés ne sont pas en état de supporter l'épreuve d'une deuxième intervention.

(1) Sur 17 observations de perforations itératives tardives on est intervenu 5 fois seulement.

Notre Maître, le Pr. agr. Dor a longuement insisté sur la gravité particulière des typhoïdes marseillaises, très souvent d'origine ostréaire.

Certains *facteurs locaux*, tels que le nombre des perforations, les dimensions de ces orifices, le processus de cloisonnement plus ou moins marqué du péritoine, sont susceptibles d'influencer les résultats opératoires.

Sans nous arrêter sur le grand retard de l'acte opératoire, constatons surtout, et ceci est d'une importance capitale, que les perforations itératives ne sont, en général, pas opérées du tout.

Ce retard et cette carence opératoire sont dus le plus souvent à une hésitation du diagnostic. Or ce diagnostic sans être facile, n'est pas infaisable. Il suffit d'y penser devant les quelques signes que nous avons, après Buizard et Dor, mis en relief dans le courant de cette étude.

LE TRAITEMENT

Il doit être envisagé au double point de vue préventif et curatif.

1° LE TRAITEMENT PREVENTIF

Deux méthodes d'inégale importance tentent de prévenir la perforation itérative : le traitement médical, le traitement chirurgical.

A. — LE TRAITEMENT MÉDICAL.

Il ne s'agit là que d'une méthode adjuvante. Deux buts seront particulièrement recherchés :

1° *Mettre l'intestin au repos absolu* : On conçoit la fragilité extrême de la paroi intestinale, déjà ouverte, prête à se perforer à nouveau. Immobilité du malade, glace sur l'abdomen, diète rigoureuse seront systématiquement poursuivis après l'opération. On rejettera absolument le sérum salé hypertonique, susceptible, en réveillant le péristaltisme intestinal, de provoquer une nouvelle perforation. Si un lavage d'estomac est nécessaire on préférera la sonde duodénale d'Einhorn, moins choquante que le tube de Faucher.

2° *Continuer le traitement de la typhoïde*. « Ici la typhoïde continue », écrit Meyer-May (1), comparant la perforation intestinale typhique à la perforation de l'ulcère gastrique. Nous ne rappellerons pas la thérapeutique médicamenteuse de l'infection eberthienne. On combattrà vigoureusement l'état de

(1) Meyer-May : Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. 1939, p. 226.

choc résultat de la première perforation et de son intervention.

Parmi les méthodes récentes, il faut faire une mention spéciale à la vitaminothérapie A mise en honneur par l'Ecole marseillaise (Chevallier (1), Giraud (2), Valette (3) et qui a donné des résultats très encourageants. Daniel (4), de Marseille, préconise la radiothérapie qui, à dose anti-inflammatoire, serait susceptible de prévenir la perforation.

B. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

« L'intervention doit prévenir ces perforations itératives, s'opposer à leur production ou tout au moins en limiter les effets » (Gueullette).

Dans la plupart des cas, au cours de l'intervention, le chirurgien trouve, en dehors de la perforation, des « ulcérations menaçantes », « prêtes à crever », des « ulcérations suspectes » (Elsberg), quelquefois « une large zone ulcérée en un point près de se perforer » (Gibbon) ou encore des « ulcères confluents non encore perforés » (Nevison) ; l'intestin est très souvent « distendu, prêt à crever à chaque plaque de Peyer » (Bonnet).

A ces menaces de perforations, quelle thérapeutique opposer ?

On peut envisager deux groupes de méthodes préventives :

Les unes essayent de prévenir toute perforation primitive ou itérative ; les autres, par un traitement convenable de la lésion intestinale lors de la première perforation évitent, dans la mesure du possible, la récurrence.

(1) Chevallier : Les bases du traitement des avitaminoses A. Congrès Français de Médecine, Marseille, 1938.

(2) Giraud, Sardou, Boudouresque et Provansal : Essai de traitement de la fièvre typhoïde par la vitamine A. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 mars 1937.

(3) Valette : *Thèse de Marseille*, 1939.

(4) Daniel : Micro et inframicrotoentgétherapie anti-infectieuse. Société d'Electroradiologie du littoral méditerranéen. Séance du 11 décembre 1938.

Nous distinguerons donc :

Le traitement préventif de toute perforation primitive ou itérative ;

Le traitement de la première perforation.

1° Le traitement préventif de toute perforation primitive ou itérative

Ombrédanne, en 1930, disait à la Société Nationale de Chirurgie: « Je ne sais plus qui de mes contemporains, voici trente ans, conseillait de fistuliser préventivement le grêle à 50 centimètres en avant de la vavule iléo-coecale, en cas de fièvre typhoïde avérée pour éviter les complications graves ».

Comme le fait remarquer le Pr. agr. Dor, le traitement chirurgical préventif est donc sensiblement du « même âge que l'intervention pour perforation constituée ».

Plusieurs tentatives ont été faites.

a) Bonnet avait préconisé l'*entérostomie systématique* dans les typhoïdes graves. En mettant l'intestin au repos et en évacuant son contenu toxique, ce procédé semble excellent. Les essais n'ont pas été concluants et la méthode a été abandonnée.

b) Moure, en 1930, a conseillé la *coecostomie*. Cette intervention a l'avantage de la simplicité ; la fermeture de l'anus est facile et la réhydratation est possible par goutte à goutte coecal (Moure). Mais ce procédé ne semble pas logique puisqu'il draine au-dessous de la lésion (Dor).

c) Moure et Bernardbeig, en 1934, ont préconisé l'*appendicostomie*. Si ce drainage est aisément réalisable, il s'avère très insuffisant et, comme le précédent, est sous-jacent aux lésions dangereuses. La *diverticulostomie* est justiciable des mêmes reproches. D'ailleurs ces tentatives n'ont pas été suivies.

d) Fèvre, Folliasson et Liège (1930) ont proposé le *drainage de la vésicule biliaire*. A priori, la cholecystostomie paraît judicieuse puisqu'elle permet l'évacuation de la bile hypertoxique « culture pure d'Eberth » (Dor) et évite la réinfection cons-

tante de l'intestin. Une incision latérale (Walter ou Jalaguier) prolongée au cours de l'intervention jusqu'au rebord costal permettrait de réaliser facilement ce drainage. Les tentatives de MM. Salmon et Dor (1), au cours des typhoïdes graves, n'ont pas été suivies de succès. Faut-il incriminer la déperdition de la bile ou la suppression de rôle antiseptique ? Il semble que cette méthode, impuissante à préserver d'une première perforation, soit « plus dangereuse qu'utile » dans la prévention des perforations itératives.

Il n'y a donc pas grand chose à attendre de ces méthodes et, en résumé, concluons avec notre Maître : « Le traitement chirurgical préventif n'a aucun résultat à son actif ».

2° Le traitement de la première perforation

Il est heureusement plus encourageant. Le choix judicieux d'une méthode, lors du traitement de la perforation primitive, permet souvent d'éviter la récurrence. Il faut donc envisager successivement les procédés thérapeutiques, leurs indications, les résultats.

a) Les procédés

Certains sont particulièrement en faveur auprès des opérateurs, d'autres sont des procédés d'exception. Nous les étudierons en montrant à propos de chacun d'eux leur intérêt ou leur insuffisance au point de vue préventif (2).

I. — *Les procédés classiques* sont la suture, l'entérostomie, l'extériorisation.

La *suture* présente au point de vue préventif de graves inconvénients ; elle ne réalise en aucune façon la mise au repos des lésions intestinales, favorise au contraire la distension, ne permet pas l'élimination des produits toxiques. Ceci explique que la désunion soit l'évolution fréquente de ce pro-

(1) Salmon, Dor et Ho-Ta-Khan : Perf. int. itératives de la fièvre typhoïde. *Bull. et Mém. Sté Chirur. Marseille*, 1936, p. 71.

(2) Nous ne décrirons ni l'historique ni la technique de ces procédés. (Perforations primitives).

cédé. Nous en avons cité maints exemples (obs. 15, 17, 28, 41, 45, 47, 91) ; elle constitue 1/7^e des perforations itératives rapportées par Buizard. Les différentes techniques proposées pour éviter cette désunion ont connu les fortunes diverses.

On ne saurait trop condamner ce procédé en tant que préventif des perforations itératives puisqu'il constitue une des principales causes de récédive.

L'entérostomie est, au contraire, une méthode qui a fait ses preuves.

On la réalise, après incision iliaque droite, de plusieurs façons : soit par abouchement de la perforation à la peau, soit, de préférence, après introduction d'une sonde de Nélaton dans l'orifice avec enfouissement à la Witzel si la paroi intestinale le permet. Il faut obtenir « un véritable drainage par agrandissement de l'orifice » et le faire « le plus haut possible ». Si les lésions sont diffuses — ce qui correspond à la grande majorité des cas — il y a mieux à faire, ainsi que l'ont montré E. Duval et après lui J. Dor : « S'il existe plusieurs perforations ou même simplement plusieurs points suspects, il vaut mieux établir la fistule sur la lésion la plus élevée et enfouir simplement les autres » (Dor).

La valeur de ce procédé est indiscutable. Par l'évacuation du contenu intestinal il supprime la distension et met au repos les lésions ulcéreuses, sous-jacentes en particulier. « Lorsqu'on voit l'intestin distendu, mince, prêt à crever à chaque plaque de Peyer, on ne peut s'empêcher de penser qu'une entérostomie mettra tout cela au repos » (Bonnet).

« La supériorité de l'entérostomie est telle qu'on a même conseillé, nous l'avons vu, de la faire de propos délibéré pour prévenir les perforations itératives » (Dor).

L'extériorisation peut aussi être utilisée comme méthode préventive.

Son avantage est bien connu : elle isole, hors de l'abdomen, l'anse intestinale perforée, porteuse d'ulcérations menaçantes. Si cette méthode ne prévient pas la perforation itérative — certains auteurs (1) pensent qu'elle peut la favoriser

(1) Dor, Carcassonne et Bonnal.

— elle empêche la péritonite qui en serait la conséquence. De nombreuses observations viennent à l'appui de cette technique (obs. 98, 99, 101). L'éviscération possible, la difficulté du traitement ultérieur de la fistule n'enlèvent aucune valeur à ce procédé.

On peut associer à l'extériorisation, l'iléostomie sur sonde. Ainsi se trouve réunies toutes les conditions susceptibles de prévenir les récidives de perforations : isolement de l'anse suspecte, mise au repos des parois intestinales, drainage de leur contenu toxique. « Et cette combinaison paraît être le procédé de choix » (Dor).

II. — *Les procédés d'exception* ne nous retiendront pas longtemps.

Le drainage simple, réservé aux cas désespérés, ne peut nullement prévenir une perforation itérative. Il ne peut que faciliter l'issue du pus.

La resection de l'anse perforée pratiquée dans des cas exceptionnellement favorables met évidemment à l'abri des récidives locales.

De même *l'entéro-anastomose* et *l'exclusion* de l'anse malade, en mettant au repos les lésions intestinales diffuses, sont des interventions logiques mais très rarement indiquées.

b) Leurs indications

Deux grands procédés se partagent surtout la faveur des chirurgiens : l'iléostomie, l'extériorisation.

La suture même améliorée doit être condamnée.

Les indications sont fonction, d'une part, de l'état local des lésions, d'autre part de l'état général du malade.

I. — *D'après l'état local des lésions.*

a) Si les lésions suspectes sont rapprochées, disposées autour de la perforation, il y a avantage à faire une *extériorisation*.

b) Si, au contraire, les lésions sont diffuses, étagées en hauteur, il faudra *remonter jusqu'au point suspect le plus élevé* et faire à ce niveau une *entérostomie sur sonde*, avec ou sans Witzel. On suturera la perforation et on péritonisera toutes les zones amincies.

II. — *D'après l'état général du malade.*

a) Chez un sujet encore résistant, à réaction sthénique, on peut faire *l'iléostomie au point le plus élevé* avec enfouissement des zones suspectes. Cette intervention nécessite une médiane sous-ombilicale.

Ce sont dans des cas particulièrement favorables qu'on a pu faire la *resection*.

b) Chez un malade asthénique, qui réagit mal, dont l'intervention est tardive, on fera le minimum : *l'extériorisation* rapide et peu choquante, faite à la locale, par une petite boutonnière latérale, est particulièrement indiquée.

Dans les cas désespérés, il faudra se contenter du *simple drainage*.

c) Les résultats

Il est utile de retenir quelques chiffres et de chercher à les interpréter. Etablissons à l'aide de nos observations les proportions de perforations itératives consécutives à une même méthode ; ces chiffres constituent contre ces méthodes de sérieux arguments.

Sur un ensemble de 101 observations, la perforation itérative est apparue :

79 fois après la suture ;

1 fois après l'iléostomie ;

7 fois après l'extériorisation ;

4 fois après l'extériorisation associée à l'iléostomie.

Il serait trop simple à la suite de ces chiffres de tirer des conclusions formelles. Il faut noter qu'une grande partie de nos observations est antérieure à la thèse de Buizard et qu'à

cette époque la suture constituait le traitement classique des perforations typhiques.

Il n'en reste pas moins que près des 4/5^e des perforations itératives ont récidivé à la suite d'une *suture*. Nous l'avons déjà dit : il faut condamner ce procédé si l'on ne veut pas courir le risque d'une perforation itérative.

L'iléostomie n'a été que cinq fois en échec (1). Ceci nous donne l'occasion de rappeler les résultats heureux de la méthode dans le traitement de la perforation typique : sur 22 observations de Duval, 10 au moins n'ont pas fait de récidive. Et il est certain que « l'on observe moins de perforations itératives depuis que l'entérostomie est devenue le traitement de choix de la perforation typhique » (Dor).

Enfin notons 7 *extériorisations* suivies de récidive (2). Malgré l'apparition de ces perforations itératives, le malade de Chevrier, celui de M. Moiroud ont guéri. Un malade de Luccioni est mort tardivement, mais sa perforation était guérie.

Il faut bien dire à la décharge de ces dernières méthodes qu'elles ont été utilisées le plus souvent dans les cas les plus graves anatomiquement et cliniquement, alors que la suture était réservée aux perforations favorables. Nous sommes persuadés que beaucoup d'échecs auraient pu être évités si l'on avait fait une iléostomie ou une extériorisation.

En conclusion, il faut mettre en relief la médiocrité de la suture, les heureux résultats que laissent présager l'iléostomie et l'extériorisation à condition que ces procédés soient utilisés judicieusement et ne soient pas réservés aux seuls cas désespérés.

(1) Observations 5, 55, 57, 58, 59.

(2) Observations 52, 54, 56, 98, 99, 100, 101.

II. — LE TRAITEMENT CURATIF

Les règles exposées par notre Maître, le Pr. agr. Dor dans le traitement de la perforation primitive trouvent ici leurs applications de manière encore plus rigoureuse.

Il est à peine utile de rappeler la *nécessité du traitement chirurgical*. Une deuxième intervention peut seule sauver le malade. On ne tiendra aucun compte des guérisons prétendues spontanées (enkystement, issue de pus par la plaie opératoire). Certes, beaucoup d'opérateurs « sans enthousiasme » (Dor) hésiteront à réintervenir sur un ventre de typhique. Les observations le prouvent : sur 17 perforations itératives avec un intervalle libre indiscutable, on est intervenu cinq fois seulement. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de malades qui ont pu faire les frais d'une première perforation et d'une première intervention ; ce sont des « bons cas », les cas qui veulent, qui peuvent et qui doivent guérir.

On ne saurait trop insister sur l'absolu nécessité d'un *traitement immédiat*. Le malade est déjà en milieu chirurgical ; on devra s'habituer à suivre pas à pas les perforés typhiques, de façon à intervenir au premier symptôme alarmant. C'est plus de la précocité du traitement, que de la perfection de la technique que dépendent les résultats.

Enfin, comme dans la perforation primitive, et plus encore ici, ce *traitement* sera *simple et peu choquant*. La première perforation a créé des modifications locales, des adhérences qu'il importe de respecter. Aussi préférera-t-on aux méthodes complexes des procédés plus simples et plus rapides.

Tels sont les principes communs qui dominent le traitement curatif.

A. — LES MÉTHODES

Il y a lieu d'analyser d'abord les diverses techniques utilisables et de construire ensuite une tactique générale de l'intervention.

a) Analyse des méthodes

Elles sont au nombre de trois : la suture, l'iléostomie, le drainage simple.

L'extériorisation qui a fait ses preuves dans le traitement préventif perd ici toute sa valeur. Elle est difficile et dangereuse à cause des multiples adhérences qu'il faut à tout prix respecter. Elle doit être écartée des méthodes curatives.

La suture.

Nous n'insisterons pas sur les détails de sa technique : en un ou deux plans, en bource ou transversale, sans avive en tous cas. On emploiera toujours du fil non résorbable. Le drainage au contact est une utile précaution.

Sans méconnaître les inconvénients de la suture, *on ne pourra souvent faire mieux ni plus simplement*, surtout lors qu'il existe déjà une iléostomie. Cushing (obs. 44) a guéri son malade par ce procédé.

L'iléostomie.

C'est une très bonne intervention. On la fera sur sonde de Nélaton avec ou sans Witzel selon l'état de la paroi intestinale. Nous avons vu au traitement préventif les avantages de cette méthode. L'observation de Roberts (obs. 48) nous fournit un bel exemple de guérison.

S'il existe déjà une iléostomie, il n'est pas nécessaire d'en faire deux ; cependant on peut l'envisager, lorsque, ce qui est le cas le plus fréquent, la deuxième perforation siège au-dessus de la première.

Le drainage simple.

Ce n'est qu'un pis-aller, mais qui peut être suffisant.

Il convient aux cas où l'anse est profondément fixée et où de multiples adhérences empêchent toute manœuvre. Un bon drainage avec isolement de l'anse entre des compresses barrières peut sauver des malades.

b) Tactique opératoire

L'anesthésie locale s'impose. On doit rejeter systématiquement l'anesthésie générale et la rachie.

En raison d'une première incision et souvent d'une extériorisation ou d'une fistule, le problème de la *voie d'abord* est délicat. Certains auteurs passent par l'incision primitive (Cushing, Salmon et Dor) : Si cette voie est peu mutilante, elle se heurte à de nombreuses adhérences et l'anesthésie est souvent difficile. D'autres font une nouvelle incision (Roberts, Dor et Escarras, de Vernejoul). Il semble que ce procédé soit préférable. On utilisera le plus souvent une incision plus interne car la deuxième perforation siège toujours en amont, donc plus en dedans (Dor). La médiane sous-ombilicale est particulièrement indiquée..

La recherche de la perforation se fera avec beaucoup de prudence. Les multiples adhérences et les cloisonnements qui sont de règle dans la péritonite localisée contre-indiquent toute manœuvre brutale, toute recherche complexe. C'est en principe, en amont, de 10 à 40 centimètres au-dessus de la perforation primitive que l'on trouvera récidive.

La perforation téréative sera traitée par un des procédés décrits plus haut.

Le traitement de la péritonite s'impose. Il s'agit dans la majorité des cas de péritonite localisée : on drainera là où est le pus, en utilisant, quand elle existe, l'incision médiane sous-ombilicale.

Enfin, pour compléter l'action chirurgicale, des *soins post-opératoires* seront mis en œuvre ; traitement du choc, toni-cardiaques, diète, glace abdominale.

B. — LES INDICATIONS

Il faut signaler l'imprécision notable et la difficulté de ces indications opératoires.

On peut distinguer deux cas différents selon la technique suivie lors de la première intervention.

a) *Il existe déjà une incision latérale ou médiane sans fistulisation ou extériorisation.*

Il faut faire une nouvelle incision à distance : l'incision primitive étant le plus souvent une latérale droite, c'est par une médiane sous-ombilicale qu'on interviendra. Comme pour une première intervention, le chirurgien choisit un procédé de traitement en tenant compte que les adhérences sont fréquentes. Trois méthodes sont possibles :

L'iléostomie est un procédé excellent à utiliser le plus souvent possible.

Si l'anse est profonde, si la paroi est favorable, on fera une *suture avec drainage au contact*.

Enfin, dans les cas désespérés où l'anse est fixée, inaccessible au *drainage simple* et à l'isolement de l'anse.

b) *Il existe une fistulisation ou une anse extériorisée (par voie latérale presque toujours).*

Si la perforation siège sur une anse, il faut faire une suture et pratiquer une iléostomie à la partie supérieure de cette anse si elle n'est pas déjà faite.

Si la perforation est dans le ventre, on fera une médiane sous-ombilicale ; on cherchera la perforation que l'on doit trouver au-dessus de la première et on la traitera soit par suture, soit par iléostomie nouvelle (la première iléostomie se tarira).

Il est à noter qu'au cas d'une fistulisation ou d'une extériorisation par voie médiane lors de la première opération — ce qui est une faute — il vaudrait mieux lors de la deuxième intervention repasser par cette voie.

C. — LES RÉSULTATS

Ils sont désastreux.

Sur 17 observations de perforations itératives tardives où l'espace libre est très net et où, semble-t-il, on aurait pu intervenir, cinq cas seulement ont été réopérés.

Cushing, par enfouissement, et Roberts, par iléostomie ont guéri chacun leur malade. M. Cottalorda a fait une fois une extériorisation sans succès. MM. Salmon et Dor ont fait une iléostomie (obs. 54). MM. Dor et Escarras un simple drainage avec isolement de l'anse (obs. 59), chaque fois sans résultat. Mais notre Maître lui-même, avoue le trop grand retard de l'intervention.

C'est là certainement la raison majeure de l'échec du traitement. On opère pas assez les perforations itératives et quand on les opère, il est trop tard. Il faut que disparaissent ces hésitations médicales et chirurgicales qui font perdre un temps précieux : les résultats seront singulièrement améliorés.

OBSERVATIONS

I° PERFORATIONS ITERATIVES PRECOCES

OBSERVATION N° 1

(citée par Buizard)

KIMURA. — Sci. i. Kivai med. journal, 1890, IX, p. 55. *British Medical Journal*, 1890, II, p. 777. Finney 62.

Homme, 34 ans. Fièvre typhoïde sévère. Perforation quatorzième jour.

Intervention vingt-huit heures après. Liquide et matières fécales dans l'abdomen. Petite perforation à 5 centimètres du cœcum.

Mort vingt et une heures après par *éclatement de la suture* et écartement des lèvres.

OBSERVATION N° 2

(citée par Buizard)

BRAUN. — Gerhardy, Inauz, Dissert, Goettinzen, 1899.

Mai 1892. Homme 29 ans. Perforation dans la troisième semaine.

Intervention 9 heures après. A 15 centimètres de la valvule, deux perforations proches l'une de l'autre. Excision en coin d'une portion d'intestin d'environ 3 centimètres de long. Suture.

Mort cinq jours après.

Autopsie. — Absès foecal dans le pelvis, où s'ouvre une *nouvelle perforation* située à 11 centimètres au-dessus de la suture ; celle-ci a bien tenue.

OBSERVATION N° 3

(citée par Buizard)

PARKIN. — *British Medical Journal*, 1895, I, p. 192. Keen, 37. Finney 84.

Femme, 32 ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation dans la troisième semaine.

Intervention. — Incision médiane. Gaz et liquide trouble. Très petite perforation à 60 centimètres du coecum, sur une large ulcération. Suture.

Pendant deux jours, amélioration, puis délire. Température à 38°9. Après avoir essayé de sortir du lit, soudaine douleur abdominale.

Mort dix heures après (3^e jour).

Autopsie. — Près du coecum, *large ulcération* dont le plancher très mince est dépourvu de péritoine. Autour, péritonite. Perforation suturée étanche. L'iléon, dans ses 7 derniers centimètres, est entièrement ulcéré, avec seulement ça et là quelques îlots de muqueuse.

OBSERVATION N° 4

(citée par Buizard)

BRUN. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 novembre 1896, p. 731.

Garçon 14 ans. Perforation le 14^e jour d'une typhoïde.

Intervention vingt et une heures après. Incision médiane. Perforation arrondie de 1 centimètre de diamètre. Suture.

Pendant 48 heures, pas d'amélioration. Le troisième jour, pouls meilleur. Pas de vomissements, mais persistance de ballonnement. Par la plaie, écoulement d'une assez grande quantité de pus mêlé de grumeaux jaunâtres.

Mort six jours après l'opération.

Autopsie. — Anse intestinale rouge, agglutinée. Suture. *Cinq autres perforations* sur le grêle. A 50 centimètres du duodenum, plaque de sphacèle, à contours irréguliers, allongée transversalement de 1 centimètre 5 sur 2 centimètres.

OBSERVATION N° 5

(citée par Buizard)

WATSON et BOWDITCH. — Shartuck, Warren et Cobb. Trans. of the American Surgical Association, 1900, p. 414, cas 15.

Février 1898. Homme, 30 ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation à la fin de la troisième semaine.

Opération 48 heures après le début. Ether. Incision médiane. Péritonite généralisée. Perforation de la grosseur d'un pois sur l'iléon, près du coecum. Fixation de l'anse perforée à la plaie abdominale.

Mort 6 heures après.

Autopsie. — Une *nouvelle perforation* en pointe d'épingle très près de la valvule ; nombreuses ulcérations typhiques sur la dernière portion de l'iléon ; péritonite généralisée.

OBSERVATION N° 6

(citée par Buizard)

GOODALL et RICHARDS. — Medical Supplement to Report of Statistical Committee, Metropolitan Asylum Board ; London, 1898. Clinical Society of London, 13 mai 1898. *British Medical Journal*, 1898, I, p. 1329. Keen, 136. Finney, 90.

Fillette, 8 ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation à la fin de la quatrième semaine.

Intervention 12 heures après. Incision médiane. Perforation de 6 millimètres de diamètre à 75 centimètres de la valvule. Suture.

Mort quatre jours après.

Autopsie. — Péritonite généralisée. *Nouvelle perforation* sur une autre ulcération, le long d'un point de suture qui traversait cette ulcération.

OBSERVATION N° 7

(citée par Buizard)

LAVROFF B.-B. — Rousskû Vrach, 1904, III, p. 1124-1157, cas II.

Juin 1898. Homme, 27 ans. Tombe malade le 7 ; douleur abdominale, constipation, vomissements.

Intervention le 13. Incision latérale. Ablation de l'appendice couvert d'exsudats fibrineux. Perforation sur l'iléon de la grosseur d'un pois. Suture.

Mort 24 heures après.

Autopsie. — Péritonite purulente aiguë ; ulcérations typhiques sur l'iléon avec *une autre perforation*.

OBSERVATION N° 8

(citée par Buizard)

THOMPSON et PORTER C.-A. — Shattuk, Warren et Cobb. *Transaction of the American Surgical Association*, 1900, p. 412, cas 11, Keen 133.

Août 1899. Femme, 40 ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation troisième semaine.

Opération 24 heures après. Incision latérale. Perforation à 15 centimètres du coecum, sur l'iléon. Résection en V. Suture à la soie. Un autre point aminci, invaginé. Péritonite généralisée. Drainage à la gaze.

Mort 37 heures après.

Autopsie. — Existence *d'autres perforations* ; péritonite généralisée.

OBSERVATION N° 9

(citée par Buizard)

NEVISON W.-H. — C.-E. Briggs. *American Journal of the Medical Sciences*, 1902, CXXXII, p. 39, cas 1.

Août 1899. Homme, 47 ans. Perforation le vingt et unième jour.

Intervention 5 heures après. Chloroforme. Incision oblique. Perforation de 3 millimètres de diamètre sur le bord libre de l'iléon, à 8 centimètres du coecum. Suture. Drainage à la gaze iodoformée.

Les jours suivants, légère distention. Pas de douleurs. Par la plaie, écoulement extrêmement abondant, de couleur noirâtre, pendant les 24 dernières heures.

Mort 75 heures après l'opération.

Autopsie. — Péritonite localisée autour de la lésion et des mèches de gaze. Résorption presque complète de la suture au catgut. *Perforation réouverte. Quatre autres perforations* ouvertes dans la même zone de péritonite localisée. Ulcères confluent sur le coecum non perforés.

OBSERVATION N° 10

(citée par Buizard)

MONOD (Ch.). — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 12, XII, 1900.

Homme, 19 ans. Fièvre typhoïde normale. Perforation treize jours après l'entrée à l'hôpital.

Intervention 24 heures après. Incision médiane. Perforation punctiforme près du coecum. Suture.

Mort 3 jours après.

Autopsie. Péritonite. La suture a cédée. Pas de nouvelles perforations, mais de nombreuses ulcérations menaçantes.

OBSERVATION N° 11

LE GALLOU. — Perforations tardives de la fièvre typhoïde. *Thèse Bordeaux*, 1929-1930. Observation V. Perrier. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 8 février 1901.

Rechûte 7 jours après une typhoïde. Perforation.

Intervention. Perforation sur le grêle. Suture.

Mort 50 heures après l'intervention.

Autopsie. — Une perforation à 1 m. 10 de la valvule iléo-coecale.

OBSERVATION N° 12

(citée par Buizard)

BROWN (T.-F.). — *Annals of Surgery*, 1903, XXXVII, p. 380, cas 1. George Woolsey, *Annals of Surgery* 1906, XLIII, p. 652, cas 5).

Août 1902. Femme, 21 ans, perforation le 36^e jour d'une fièvre typhoïde modérée.

Opération 21 heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Péritonite généralisée. Contre-ouverture intermusculaire à droite ; 3 perforations sur l'iléon. Suture. Drainage par cul-de-sac postérieur du vagin. Distension et tympanisme croissant de l'abdomen.

Mort 28 heures après.

Ecoulement jaune très épais mélangé de matières fécales par le drain. On suppose qu'une nouvelle perforation s'est produite.

OBSERVATION N° 13

(citée par Buizard)

ROUGHTON Ed.-W. — J. Walter Carr et Edmond W. Roughton.
Transactions of the Clinical Society of London, 1903, XXXVI,
p. 118.

Novembre 1902. Jeune fille, 18 ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation vers le 40^e jour.

Intervention. Incision à 2 centimètres 5 à droite de la ligne médiane ; muscle droit déplacé en dehors. Sur l'iléon à un peu plus de 30 centimètres de la valvule, perforation ronde, nettement découpée, de 1 millimètre 5 de diamètre. Suture (double rangée).

Pendant deux jours, état parfait ; le troisième, ascension de la température à 39°4. Puis, soudain, violente douleur abdominale. Abdomen distendu, rigide, sensible, tympanique ; disparition de la matité hépatique. Malade délire rapidement.

Mort 62 heures après la laparotomie.

Autopsie. — Suture parfaite. A 12 centimètres 5 plus bas, deuxième perforation de la largeur de la moitié d'une pièce de 3 pennys. Matières fécales et gaz libres dans l'abdomen. Plusieurs ulcérations dont le fond n'est formé que par du péritoine. Plusieurs autres en état de cicatrisation, reliquat de la première attaque de typhoïde.

OBSERVATION N° 14

(citée par Buizard)

LE CONTE (R.). — J. Alison Scott, University of Pennsylvania. *Medical Bulletin*, 1905-1906, XVIII, pp. III, 127, cas 18.

Janvier 1903. Jeune homme, 19 ans. Fièvre typhoïde grave. Perforation le 19^e jour.

Intervention trente heures après le début. Petite perforation à 30 centimètres de la valvule, sur l'iléon.

Mort 72 heures après de péritonite généralisée.

Autopsie. — Péritonite généralisée ; nouvelle perforation sur l'iléon à 20 centimètres de la valvule.

OBSERVATION N° 15

(citée par Buizard)

COURTNEY (W.).

Janvier 1903. Homme, 20 ans. Fièvre typhoïde sévère. Perforation le seizième jour.

Intervention deux heures après. Nombreuses adhérences péri-appendiculaires. Ablation de l'appendice. Invagination du moignon par suture au catgut. Petites perforations sur le coecum (trous d'épingle). Ulcération menaçante sur l'iléon. Pas de péritonite généralisée.

Les jours suivants. — Pendant trois jours, état général parfait. A la fin du troisième jour, légère distension abdominale, vomissements considérables. Puis état s'aggrave. Abdomen distendu et douloureux. Le huitième jour, deux fois du sang dans les selles. Ascension graduelle de la température à 40°, 40°6; pouls faible à 130, 150.

Mort dix jours et deux heures après l'opération.

Autopsie. — Exsudat purulent sur l'intestin. La suture au catgut du moignon appendiculaire *s'est résorbée* et le moignon ouvert. Les autres sutures ont bien tenu. Pas d'autres perforations.

OBSERVATION N° 16

(citée par Buizard)

CHAPUT. — *Gazette des Hôpitaux*, 22 janvier 1903, p. 77, cas 2.

Homme, 25 ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Perforation le huitième jour.

Intervention le lendemain soir. Péritonite purulente généralisée avec gros foyer dans le bassin en dedans et en dehors du coecum. A 40 centimètres du coecum, perforation de 3 à 4 millimètres de diamètre, à bords taillés à pic. Sur une plaque ecchymotique noirâtre du diamètre d'une pièce de 20 centimètres. Excision, suture, drainage. Ballonnement considérable, température élevée. Mort huit jours après l'opération.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Les sutures ont déchiré les tissus et la perforation *s'est reproduite*.

OBSERVATION N° 17

(citée par Buizard)

HUNRO J.-C. — *Boston Medical and Serurgical Journal*, 5 février 1903. CXLVIII, p. 148, cas 1.

Homme, 23 ans. Perforation au cours d'une typhoïde la quatrième semaine.

Intervention dix-sept heures après. Incision iliaque droite. Perforation sur l'iléon, près du coecum. Suture.

Les deux jours suivants, amélioration, puis apparition de contractures et de vomissements.

Mort cinq jours après l'opération.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Nécrose de l'ulcération de telle sorte que les fils sont coupés et que la *perforation s'est réouverte*.

OBSERVATION N° 18

(citée par Buizard)

LAUNAY. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 mai 1908, p. 670, cas 3.

Avril 1903. Homme 18 ans. Perforation le matin dans la troisième semaine d'une typhoïde.

Opération à 11 heures du soir. Incision latérale. Perforation sur tissus friables. 2 surjets. Drainage.

Pendant deux jours, amélioration, pouls plus fort et moins fréquent ; température d'abord élevée, puis s'abaisse ; état général bien meilleur. Le troisième jour, les symptômes de péritonite reprennent.

Mort le quatrième jour après l'opération.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 19

(citée par Buizard)

HARTE (R.). — *Episcopal Hospital Records*, Philadelphia, cas 30.

Juin 1903. Homme, 26 ans. Perforation le 18^e jour d'une fièvre typhoïde modérée.

Intervention le vingtième jour. Perforation sur l'iléon à 30 centimètres de la valvule.

Mort de péritonite généralisée 36 heures après.

Autopsie. — Ulcération sur le colon transverse ; ulcérations profondes et étendues de l'iléon. *Une autre perforation* à 60 centimètres du coecum. Thrombose complète de la veine cave à partir d'un point situé à 9 centimètres au-dessus de l'union des veines iliaques et s'étendant partiellement dans les veines iliaques externes et fémorales.

OBSERVATION N° 20

(citée par Buizard)

LISON. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, p. 348.

Août 1903. Caporal au 3^e de ligne. Fièvre typhoïde. Perforation le 25^e jour.

Opération 6 heures après le début. Chloroforme. Incision médiane. Perforation sur l'iléon à 40 centimètres de la valvule. Suture. Anse maintenue au contact de l'incision pariétale. Drain.

Le lendemain. Ventre souple le matin, ballonné l'après-midi. Le ballonnement devient considérable ; douleurs abdominales ; vomissements incessants ; pouls à 104, 124, 140. Température entre 37°5 et 38°.

Mort 3 jours après l'opération.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 21

(citée par Buizard)

GIBBON. — J. Alison Scott University of Pennsylvania. *Medical Bulletin* 1905, XVIII, pp. 127, cas 37.

Août 1903. Homme, 25 ans. Perforation le neuvième jour.

Intervention 4 heures après. Petite quantité de liquide louche dans l'abdomen. Perforation de la grosseur d'un crayon d'ardoise, sur l'iléon, à cinq centimètres de coecum. Suture. A la jonction iléo-coecale, large zone ulcérée.

Mort de péritonite 52 heures après.

Autopsie. — Suture intacte. *Nouvelle perforation* au niveau de l'ulcération trouvée à l'opération.

OBSERVATION N° 22

(citée par Buizard)

ELSBERG. — New-York Medical Record, 9 juillet 1904, LXVI, cas 4.

Septembre 1903. Fillette, 9 ans. Perforation le 27^e jour d'une typhoïde.

Intervention 5 heures après les premiers signes. Beaucoup de liquide jaunâtre. Suture d'une perforation à 10 centimètres de la valvule et de trois autres ulcérations suspectes dans les 30 derniers centimètres de l'iléon.

Dix-huit heures après état parfait. A la fin de la 22^e heure, changement brusque. Distention abdominale. Collapsus.

Mort 24 heures après l'opération.

Autopsie. — Il existait une *nouvelle perforation* entre deux points suturés. Péritonite généralisée ; exsudats fibrineux, matières fécales. Dans les 30 derniers centimètres de l'iléon, ulcérations nombreuses et profondes.

OBSERVATION N° 23

(citée par Buizard)

GIBBON.

Septembre 1903. Fille, 11 ans. Fièvre typhoïde avec rechute. Le 44^e jour, perforation.

Intervention. Perforation de la grosseur d'un crayon d'ardoise.

Les jours suivants, hémorragies intestinales très abondantes. Écoulement par la plaie est trouble et sent mauvais. Douleur abdominale considérable. Pouls faiblit.

Mort 8 jours après l'opération.

Autopsie. Suture intacte. *Deuxième perforation* de 4 à 5 millimètres de diamètre sur l'iléon.

OBSERVATION N° 24

(citée par Buizard)

GUILBAUD. — Nalot et Guilbaud. *Gazette Médicale de Nantes*, 1904, XXII, p. 635.

Février 1904. Garçon, 14 ans. Perforation au début de la troisième semaine, dans la matinée.

Opération le soir. Petite perforation à la partie terminale de l'iléon. Suture. Drainage.

Le lendemain. Hypothermie ; pouls passe de 96 à 106. Le deuxième jour, température à 37°8, pouls 120. Trois hémorragies intestinales. Le cinquième jour, ventre de plus en plus ballonné, selles liquides très abondantes, hoquet, respiration haletante. Vomissements fécaloïdes, pouls petit et rapide.

Mort le septième jour après l'opération (probablement *nouvelle perforation*).

OBSERVATION N° 25

(citée par Buizard)

SCIEUR.

Juillet 1904. Soldat. Fièvre typhoïde normale. Perforation le dix-septième jour.

Intervention 9 heures après le début. Sur l'iléon à 8 centimètres du coecum, perforation de la paroi d'une pièce de 20 centimètres. Suture. Mèches de gaze et drain au contact de la suture.

Jours suivants, disparition des douleurs, pas de tympanisme ; deux jours après : température remonte à 39°, pouls à 120. Dans la soirée et la nuit, débâcle diarrhéique extrêmement abondante. Température tombée à 38°.

Mort trois jours après l'opération.

Autopsie. — Suture intestinale, *s'est réouverte* à sa partie supérieure, mais foyer nettement limité par les mèches. Lésions presque confluentes et très ulcérées dans les 70 à 80 derniers centimètres de l'iléon ; en deux points sus-jacents à la perforation, paroi représenté par la séreuse.

OBSERVATION N° 26

(citée par Buizard)

DANDRIDGE (N.-P.). — Cincinnati lancet clinique, 27 mai 1905, LIV, p. 611, cas 2.

Opération. — Perforation sur l'iléon, près du coecum. Suture. Une deuxième ulcération découverte à 20 centimètres de la valvule ; le péritoine était intact, pas de suture.

Mort sept jours après l'opération, par perforation de cette ulcération.

Autopsie. — La première perforation est close.

OBSERVATION N° 27

(citée par Buizard)

TIFFANY et GAMBLE. — Keen, 147. Finney, 102.

Homme, 26 ans. Perforation la troisième semaine d'une fièvre typhoïde légère.

Opération 36 heures après le début. Péritonite généralisée. A 20 centimètres de la valvule, perforation de 1/2 centimètres de diamètre. Suture.

Mort 12 heures après l'intervention.

Autopsie. — Une zone nécrotique, notée au-dessus de la perforation s'était romue et il y avait des matières fécales autour.

OBSERVATION N° 28

(citée par Buizard)

FIX.

Homme, 26 ans. Fièvre typhoïde ambulatoire. Après repas copieux, signes de perforation.

Intervention. Pus fétide, verdâtre avec matières fécales. Perforation de 2 centimètres de diamètre sur le bord libre de l'iléon au voisinage de la valvule. Paroi intestinale oedématisée et friable. Suture, lavage, drainage.

Les jours suivants grande amélioration. Le troisième jour, le ventre devient douloureux, anxiété, refroidissement des extrémités. Température 36°5 à 37°8. Distension abdominale. Le lendemain on fait sortir par l'incision abdominale un flot de liquide purulent et fétide.

Mort le cinquième jour après l'opération, dans la nuit.

Autopsie. — Tous les fils de la suture intestinale s'étaient éliminés.

OBSERVATION N° 29

(citée par Buizard)

Homme, 26 ans. Fièvre typhoïde. Perforation le vingt-quatrième jour.

Intervention 8 heures après. Incision latérale. Beaucoup de liquide trouble. A dix centimètres du coecum, perforation de la grosseur d'une tête d'épingle.

Pendant cinq jours, bon état du malade, température aux environs de 37°2, pouls bien frappé. Au commencement du sixième jour, après enlèvement des drains, douleurs abdominales. Température s'élève et l'état s'aggrave.

Mort le lendemain matin.

Autopsie. — Les points fermant la perforation *n'avaient pas tenus* ; quantité considérable de pus dans le petit bassin. Double pneumonie lobaire.

OBSERVATION N° 30

(citée par Buizard)

MICHON. — Lesné et Loederich, *Tribune Médicale*, déc. 1904, p. 837, cas 2.

Août 1905. Femme, 28 ans. Perforation le quarantième jour.

Intervention. Incision médiane. Péritonite généralisée ; liquide bouillon sale ; série de perforations en pomme d'arrosoir sur le bord libre du colon iléo-pelvien, sur une étendue de 4 centimètres environ. Sutures.

Mort 36 heures après l'opération.

Autopsie. — Incomplète. Pas d'ulcérations sur l'iléon ; ulcérations multiples sur le colon descendant et iléo-pelvien. *Trois nouvelles perforations*, arrondies, de 2 à 3 millimètres de diamètre, à peu de distance des sutures qui avaient bien tenu et sur lesquelles étaient accolées des franges graisseuses du colon.

OBSERVATION N° 31

(citée par Buizard)

BOUSSENOT (G.). — *Bulletin Médical*, 1905, n° 10, p. 109.

Soldat, 22 ans. Fièvre typhoïde. Perforation le dix-neuvième jour.

Intervention. Plus de cinquante heures après le début. Incision latérale. Pérforation sur le cœcum à 1 centimètre de la valvule. Suture.

Les jours suivants, amélioration des signes abdominaux. Deux jours après, réapparition des vomissements et du hoquet. Météorisme. Pouls 144.

Mort le lendemain matin.

Autopsie. — Liquide louche, d'odeur fécaloïde dans le pelvis. Suture parfaite, mais à un centimètre de la perforation suturée,

nouvelle perforation elliptique de la dimension d'un grain de riz. Sur l'iléon, quelques plaques. Sur le coecum, Quatre ou cinq ulcérations.

OBSERVATION N° 32

(citée par Buizard)

SARADINI. — J. Crespin, *Brazil Médico*, 1906, XX, p. 403.

Novembre 1905. Homme, 24 ans. Perforation le quinzième jour d'une fièvre typhoïde normale.

Opération 11 heures après la douleur. Perforation sur l'iléon, à 50 centimètres du coecum. Péritonite généralisée. Suture.

Mort 24 heures après.

Autopsie. — Sur l'iléon, une dizaine d'ulcérations. A 15 centimètres au-dessus de la perforation suturée, *une autre perforation* de 3 à 4 millimètres de diamètre.

OBSERVATION N° 33

(citée par Buizard)

LERICHE. — Monisset et Jouffray. Société des Sciences Médicales de Lyon, 5 décembre 1906. A. Poucet. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 avril 1908, t. XXXIV, p. 500.

Novembre 1906. Homme, 31 ans. Fièvre typhoïde légère. Perforation le dixième jour.

Opération 2 h. 30 après le début. Perforation sur l'iléon à 20 centimètres du coecum de la dimension d'une tête d'épingle. Suture.

Les jours suivants aucun signe de réaction péritonéale, pas de ballonnement, selle. Faciès et pouls bons. Le quatrième jour, brusquement, sans douleurs, pouls incomptable, faciès grippé, langue sèche. Pas de vomissements, ni de ballonnement, écoulement considérable de pus par la plaie abdominale.

Mort le soir.

Autopsie. — Impossible. Probablement *nouvelle perforation*.

OBSERVATION N° 34

(citée par Buizard)

PHIEDRAN (M.-C.). — *Montréal Medical Journal*, mars 1907, XXXVI, cas 2.

Femme, 65 ans. Fièvre typhoïde moyenne. Perforation.

Intervention. Péritonite légère, confinée à la région coecale. Sur l'iléon, large escarre, pas encore détachée. Invagination et suture.

Les jours suivants, état parfait. Puis augmentation secondaire de la douleur et des vomissements avec distention croissante et prostration.

Mort deux jours après.

Autopsie. — Suture parfaite. A une certaine distance au-dessus, deux nouvelles escarres semblables à la première.

OBSERVATION N° 35

(citée par Buizard)

TUFFIER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1908, t. XXXIV, p. 352, cas 2.

Homme, troisième semaine environ de la fièvre typhoïde.

Opération 10 heures après la perforation. Péritonite généralisée. Perforation unique, sur l'iléon. Suture.

Mort trois jours après l'opération.

Autopsie. — Une nouvelle perforation.

OBSERVATION N° 36

(citée par Buizard)

QUENU (M.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 31 mars 1908, t. XXXIV, p. 464.

Mars 1908. Jeune fille 23 ans. Fièvre typhoïde. Perforation 19 jours après l'admission (purgatif).

Intervention vingt heures après. Laparatomie latérale. Perforation large à 20 centimètres du coecum (permettant le passage de l'index) autour paroi intestinale rigide et friable. Suture impossible. Greffe avec le mésentère. Anse malade isolée entre deux compresses.

Suites immédiates. Favorables. Ventre souple. Emission de gaz ; le sixième jour, matières diarrhéiques coulent par la plaie. La perforation s'est réouverte. Le lendemain (7^e jour), élévation de la température et du pouls. Faciès péritonéal.

Mort à la fin du huitième jour.

OBSERVATION N° 37

(citée par Buizard)

BALLANCE. — Cargill. *The British Medical Journal*, 15 déc., 1908, p. 1738.

Homme 30 ans. Perforation dans la quatrième semaine d'une fièvre typhoïde sévère.

Intervention dix heures après. Perforation à 45 centimètres du coecum. Suture. Quelques points sur une autre plaque de Peyer à 30 centimètres du coecum.

Les jours suivants amélioration pendant 48 heures, puis de nouveau douleur abdominale. Distension. Température 38°2. Pouls 144.

Mort 56 heures après.

Autopsie — Une autre très petite perforation le long de la suture de la deuxième plaque de Peyer enfouie.

OBSERVATION N° 38

BRIN. — Thèse : Les formes cliniques de la perforation dans la fièvre typhoïde. Paris 1911. Observation II).

Perforation au cours d'une typhoïde.

Intervention pratiquée à 11 heures du matin. Trois perforations sur la fin de l'iléon. Sutures.

Mort le lendemain soir.

Autopsie. — Péritonite putride ; les sutures ont tenu, mais *trois nouvelles perforations* sur l'iléon.

OBSERVATION N° 39

TRIBOULET et HARVIER. — Multiples perforations intestinales au cours d'une fièvre typhoïde. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1911.

Jeune garçon de 11 ans 1/2, entré à l'hôpital Trousseau le 28 janvier 1911, au huitième jour d'une dothièntérie sévère. Perforation dans la nuit du 28 février au 1er mars.

Laparotomie pratiquée d'urgence. Trois perforations de l'intestin grêle, qui sont suturées successivement.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Environ *dix perforations échelonnées* sur une hauteur de 1 m. 50 au-dessus de la valvule iléo-coecale.

OBSERVATION N° 40

FREVILLE. — Perforation intestinale typhique de la convalescence.
Thèse Bordeaux, 1925. Observation XIV.

Perforation au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Intervention. Perforation à 30 centimètres du coecum. Suture.
Amélioration.

Le lendemain. Aggravation et mort.

Autopsie. — *Suture a lâché en partie. Autre perforation 20 centimètres plus haut.*

« On se demande, étant donné l'amélioration qui a suivi l'opération, s'il ne faut pas attribuer la reprise de la péritonite à la deuxième ulcération perforée ou à la désunion partielle de la première perforation. »

OBSERVATION N° 41

LENORMAND. — Lenormand et Wilmoth. Sur les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. *Presse Médicale*, 5 août 1931, n° 62.
Observation II.

Homme, 20 ans. Perforation au quinzième jour d'une fièvre typhoïde.

Opération. Chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Liquide clair, jaune citron, dans la cavité péritonéale. Deuxième incision dans la fosse iliaque droite. Perforation sur le grêle à 10 centimètres du coecum. Suture.

Mort au bout de 48 heures.

Autopsie. — *La suture s'est désunie et la perforation s'est réouverte.*

OBSERVATION N° 42

BONAMY. — Perforations intestinales au cours des paratyphoïdes.
Thèse Paris, 1932. Observation XIV.

Perforation au cours de paratyphoïde B.

Intervention. Perforation n'est pas trouvée. Drain dans le Douglas.

Les jours suivants, la température descend. Amélioration. Quatre jours après, élévation de la température. Pouls à 130. *Mort.*

Autopsie. — A 20 centimètres de la valvule iléo-coecale, *perforation lenticulaire*. Perforation se serait produite à la date du 17 (intervention le 15), car ce jour-là la température baisse brusquement de 38°5 le matin à 37°5 le soir.

II° PERFORATIONS ITERATIVES TARDIVES

OBSERVATION N° 43

(citée par Buizard)

ARMSTRONG (G.-E.). — *British Medical Journal* 1896, II, p. 1621.
Montréal Medical Journal, fév. 1897, p. 601. Keen, 52 et 55. Finney, 4 et 8).

Homme, 28 ans. Perforation le douzième jour de la fièvre typhoïde.

Intervention 18 heures après. Dans la cavité abdominale : gaz, matières fécales, perforation à 15 centimètres de la valvule. Suture.

Le vingt-quatrième jour, une *seconde perforation* visible à travers l'incision. Absence presque complète de pouvoir réparateur. Le 28^e jour, troisième perforation avec perte considérable de sang.

Mort 40 jours après l'opération.

Autopsie. — Fermeture complète de la première perforation.

OBSERVATION N° 44

(citée par Buizard)

CUSHING (H.-W.). — Johns Hopkins, hospital. *Bulletin*, 1898. Vol. IX, p. 267. J. Hopkins, hospital reports, 1900, VIII, p. 210. Cas I. Keen 90.

Août 1898. Garçon, 9 ans. Perforation à la fin de la deuxième semaine.

Opération 4 heures après. Chloroforme. Incision médiane. Liquide séro-purulent. Matières fécales. Perforation de 2 millimètres de diamètre, à 25 centimètres du coecum, sur le bord libre de l'iléon. Suture à la soie. Drainage gaze.

Deux jours après, apparition d'une fistule fécale qui se ferme spontanément quelques jours après.

Dans la soirée du treizième jour, soudainement état grave, plusieurs vomissements. Abdomen légèrement distendu. Faciès pincé. Extrémités froides. Chute de la température de deux degrés et demi.

Deuxième opération. — Deux heures après les premiers symptômes. Chloroforme. Pas de liquide libre. Aucune cause expliquant ces phénomènes. Iléon entouré d'adhérences. Petit drain. Fermeture. Durée, 35 minutes.

Pas d'amélioration. Aggravation. Vomissements répétés. Distension plus prononcée. Léger péristaltisme visible.

Troisième opération. — Trente-quatre heures après la seconde pour obstruction intestinale aiguë, causée par épiploon adhérent à paroi abdominale antérieure. Dix centimètres au-dessus de la première suture était une nouvelle perforation de un centimètre de diamètre. Intestin est libéré. Suture en bourse à la soie fine. Drain. Gaze. Durée 25 minutes.

Après l'opération, distension, coliques, état général sérieux. Etat typhoïde pendant dix jours. Convalescence lente. Abscess du dos et de l'épaule incisés.

Guérison.

OBSERVATION N° 45

(citée par Buizard)

MORESTIN. — N. Manger. *Thèse de Paris*, juillet 1900, p. 104, cas 41. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 mars 1890, p. 335, cas 1.

Fillette, 11 ans, perforation le onzième jour de la fièvre typhoïde.

Intervention. — Incision à droite sur le bord externe du grand droit. Perforation à 12 ou 15 centimètres de la valvule. Suture. Contre-ouverture à gauche. Drainage.

Le lendemain, amélioration inespérée. Injections quotidiennes de sérum. Evolution de la typhoïde. L'état reste bon pendant 15 jours. Soudain, nouveaux accidents abdominaux qui déterminent une mort rapide.

Autopsie. — Guérison parfaite de la lésion suturée, mais présence d'une nouvelle perforation.

OBSERVATION N° 46

(citée par Buizard)

D3 COSTA (Ch.). — *Annales of Surgery*, fév. 1905, XLI, cas 3.

Homme. Perforation.

Intervention. Suture.

Mort huit jours après, rapidement, d'une seconde perforation.

Autopsie. — La première perforation était complètement guérie.

OBSERVATION N° 47

(citée par Buizard)

MICHAUX (P.). — *Bulletin et Mémoire de la Société de Clinique de Paris*, 11 février 1908, p. 140.

Homme, 26 ans. Fièvre typhoïde. Vingt-cinquième jour, perforation.

Intervention deux heures et demie après. Incision médiane. Ecoulement d'un peu de sérosité jaune verdâtre.

Perforation de la dimension d'une tête d'épingle sur bord libre des dernières anses de l'iléon. Quelques fausses membranes sur l'anse perforée. Suture. Deux drains, un au-dessus, l'autre au-dessous de l'anse.

Les jours suivants, aspiration par les drains plusieurs fois par jour. Apparition de coliques vives avec tenesme et épreinte, et qui persistent, plus ou moins marquées jusqu'à la fin. Ventre souple, mais douloureux. Selles diarrhéiques, quelques vomissements. Délire. Pouls s'accélère et devient petit.

Mort le onzième jour après l'opération.

Autopsie. . . Intestins congestionnés, agglutinés par de fausses membranes blanchâtres. Pas de perforation secondaire. « Au centre de la suture, d'ailleurs en bon état, il existe un *petit point imperceptible*, o^ù un des fils semble avoir coupé et par où on voit sourdre un peu de liquide intestinal. Il y a donc récurrence de la perforation sur place malgré la suture » (P. Michaux).

OBSERVATION N° 48

ALBERT J. ROBERTS (M.-D.). — Fièvre typhoïde avec perforations multiples ; opérations répétées suivies de guérison. *Annals of*

Surgery. Vol. XLIX. January. June, 1909, pp. 392-393 ; résumée.

Jeune homme, 17 ans Le onzième jour de la maladie, spénomégalie et Widal positif.

Le vingtième jour, à 2 heures, douleur abdominale, sans localisation. Frisson. Pouls, 78. Pas de contracture ni de distention.

Opération à 5 h. 40. Ether. Incision à travers le droit. Perforation sur le grêle de la dimension d'un crayon d'ardoise à 15 pouces de la valvule iléo-coecal.

Suture en bourse à la soie. Epanchement abondant dans la cavité péritonéale. Assèchement. Drain en caoutchouc par incision à travers le grand droit du côté gauche. Suture par plans successifs de l'incision primitive.

Pendant plusieurs jours, écoulement séreux abondant par le drain. Transit intestinal se rétablit.

Dix jours après l'opération, le 14 septembre, apparition de signes d'obstruction intestinale. Elévation de la température. Les sutures sont enlevées. Ecoulement de matières fécales par l'incision.

L 17 septembre, vomissements ; température, 38° ; pouls, 82.

Intervention, anesthésie locale courte. Incision à gauche. Drain. Ecoulement de matières fécales.

Guérison.

OBSERVATION N° 49

(citée par Buizard)

ROUTIER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 décembre 1910, p. 1161. Ibid., 18 novembre 1896.

Presse Médicale, 1896, N° 88.

Homme, fièvre typhoïde à prédominance adynamique. Perforation le quinzième jour.

Intervention 18 heures après le début. Perforation à 5 centimètres du coecum, sur l'iléon. Deux plans de suture. Mèche.

Amélioration passagère.

Mort le dixième jour.

Autopsie. — Péritonite de date récente. Pus et liquide fécaloïde dans la fosse iliaque droite. Cicatrisation complète de la perforation suturée. *Deux nouvelles perforations* voisines de la première, l'une de la grosseur d'une épingle, l'autre plus considérable. Sur le reste de l'intestin, lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION N° 50

(citée par Buizard)

DE VERNEJOUL. — In Thèse Cousin : Les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

16 mars 1914. Perforation intestinale typhique. Suture. Amélioration.

Douze jours après, l'intervention, il se produit une aggravation subite qui entraîne la mort en quelques heures. Il semble bien que chez ce malade, la mort ait été due à une *nouvelle perforation*.

OBSERVATION N° 51

(citée par Buizard)

DE VERNEJOUL (R.).

20 mai 1928. Homme, 20 ans. Perforation le dixième jour d'une fièvre typhoïde à forme hémorragique.

6 jours avant, douleur iliaque rentrée dans l'ordre. Reprise le matin. Vu à 17 heures. Température, 40 ; pouls, 160 (embryocardique). Douleur et défense fosse iliaque droite.

Anesthésie-éther. Perforation sur le grêle. Suture. Drainage.

Mort au dixième jour, vraisemblablement par *nouvelle perforation*.

OBSERVATION N° 52

(citée par Buizard)

BOURDE (Y.).

Le 15 décembre 1935. Garçon, 12 ans. Perforation opérée à la quatrième heure.

Extériorisation de l'anse. Drainage du péritoine.

Mort au huitième jour, de *nouvelle perforation*.

(Autopsie).

OBSERVATION N° 53

ARTAUD (L.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1936, p. 337.

Officier. Perforation au cours d'une fièvre typhoïde. Intervention.

Trois semaines après, douleur brutale avec contracture comparable à la perforation d'ulcère gastrique.

OBSERVATION N° 54

SALMON, DOR et HOTA-KHAN. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*. Séance du 3 février 1936.

L'enfant L..., âgé de 12 ans et demi, traité depuis quelques jours à Périclès Zarifi, pour une fièvre typhoïde qui a débuté, il y a environ une quinzaine, présente brusquement, le 22 décembre dans la soirée, une brutale douleur dans la fosse iliaque droite. L'un de

nous (D^r Dor), est appelé comme chirurgien de garde et constate un syndrome de perforation intestinale des plus typiques : défense de tout l'abdomen, plus marquée à droite, ballonnement, disparition de la matité hépatique. Température à 41°2, plus à 72, faciès émacié et blafard ; la confirmation d'une radio paraît superflue.

La parotomie type Mac-Burney sous-anesthésie locale une heure après. Coecum très congestionné, flot de liquide intestinal verdâtre, la dernière anse iléale présente à 7 ou 8 centimètres du coecum une perforation lenticulaire au centre d'une petite plaque ecchymotique ; aspiration du liquide péritonéal, extériorisation de l'anse perforée entre deux mèches dont l'inférieure sépare l'intestin d'un drain enfoncé dans le Douglas.

Traitement médical post-opératoire. Le cours des matières se rétablit progressivement.

Dès le deuxième jour, la température tombe à 38° et se maintient aux environs de 37° à partir du 29 décembre.

Le 3 janvier, l'un de nous (D^r Dor) est appelé ; le malade a 38°9, il *souffre à nouveau du ventre*, il est, de fait, à peu près comme lors de notre première intervention, mais la défense est plus légère et la douleur abdominale plus diffuse.

On pense à une contamination possible du péritoine par l'orifice du drain (bien que la perforation soit drainée par une sonde), on l'enlève ; il ne vient rien. Avec une certaine appréhension on mobilise légère l'anse extériorisée, on obtient alors un flot de liquide séreux, sans pus, sans fausses membranes.

Les neuf jours d'apyrexie qui avaient précédé cet accident nous paraissent une preuve que la fièvre typhoïde était probablement terminée. Nous écartons l'idée d'une perforation itérative et nous nous contentons d'un drainage à côté de l'anse.

Le lendemain, la température est à 38°4, mais l'état du ventre est inchangé ; le drain n'a rien donné.

L'un de nous (D^r Salmon) voit alors le malade : tableau typique de péritonite généralisée.

Intervention. Anesthésie au kélène. Exploration de la plaie iliaque. L'anse perforée est attirée ; un flot de liquide intestinal vient de la profondeur. On dévide progressivement l'intestin. A 40 centimètres de la première perforation on en découvre une deuxième de la taille d'une lentille. On place une sonde de Pezzer dans l'orifice et on la pousse loin dans le ventre. Les anses dévidées sont laissées hors de l'abdomen ; elles sont le siège de lésions macroscopiques évidentes. Amélioration immédiate.

Fonctionnement de la sonde, l'abdomen s'assouplit, se déballonne ; la température descend à 37°, mais le cœur se maintient

rapide, très arythmique et le 8 janvier, le petit malade meurt dans le collapsus. Il a vécu quatre jours après la deuxième intervention, 18 jours après la première.

N. B. — Voici les deux résultats des examens de laboratoire séro-diagnostic de Widal, positif au 50°.

Culture du liquide péritonéal (première intervention), bacilles courts, gram négatif, type Eberth Coli, légère agglutination à l'Eberth et au para B.

OBSERVATION N° 55

DOR (J.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*. Séance du 12 octobre 1936.

R. B..., âgé de 18 ans et demi, soigné depuis le 13 juin 1936 à la salle Ducros de l'Hôtel-Dieu, dans le Service de M. le Professeur Mattéi, pour une fièvre typhoïde (hémoculture positive à l'Eberth).

Je suis appelé auprès de lui le 8 juillet 1936, parce qu'il souffre au niveau de la fosse iliaque droite depuis quelques heures d'une façon intense, et parce qu'il a présenté dans la nuit une brusque chute de température.

Il s'agit d'un typhique très amaigri, décharné même, dont l'état général (langue sèche, faciès péritonéal), râles congestifs aux bases, glycosurie, température à 39°, pouls misérable à 140, est lamentable. Malgré ce, il existe au niveau de l'abdomen qui est excavé, un syndrome péritonéal à prédominance droite des plus nets.

On se décide à l'intervention sur les seuls signes cliniques, sans le secours de la radiographie.

Après une incision de la fosse iliaque droite sous anesthésie locale, on découvre à 10 centimètres du cœcum sur la dernière anse, une perforation large comme une grosse lentille dans laquelle on n'a pas de peine à introduire une sonde de Pezzer de 7 millimètres de diamètre.

Il y a beaucoup de pus dans la cavité péritonéale, il est aspiré. L'anse est extériorisée entre deux compresses et la sonde bien poussée dans le ventre ; on fait un petit surjet circulaire séro-séreux autour de son orifice intestinal. Un traitement général intensif est institué.

Dès le lendemain, on constate une amélioration rapide, les signes locaux ont disparus ; le ventre est souple et indolore, la sonde a ramené beaucoup de liquide intestinal, la température est tombée à 37°5 et ne s'élèvera plus pendant huit jours. Le pouls est 80. Malgré son état de déshydratation énergiquement combattu, ce malade pouvait être considéré en bonne voie de guérison une semaine après son opération.

Mais voilà qu'après cette heureuse période, il recommence à se *plaindre du ventre* ; celui-ci devient progressivement plus sensible à la palpation et sans jamais présenter de contracture, ni même de défense, il se ballonna un peu. En même temps, la température remonta vers 38°5 et le pouls se remit à osciller entre 100 et 110. La langue sèche, la constipation manifeste, l'arrêt de l'écoulement par la sonde achevèrent un tableau d'abord simplement inquiétant mais qui ne tarde pas à s'aggraver et à entraîner le décès qui survient vers le douzième jour.

A l'*autopsie*, il y avait du pus et des matières dans la cavité péritonéale. A 50 centimètres du coecum, c'est-à-dire à 40 centimètres de la première, se trouvait une *seconde perforation* de même taille à bords décollés. Elle était située dans une zone de consistance et d'apparence suspecte. L'anse extériorisée adhérait parfaitement au pourtour de la plaie.

OBSERVATION N° 56

COTTALORDA (J.).

29 août 1937. Femme, 24 ans. Au vingt-sixième jour d'une fièvre typhoïde ayant évolué sans complications, apparition brusque de signes de perforation.

Opération dix heures après le début. Anesthésie locale. Incision iliaque droite. Perforation siège sur la fin du grêle. L'anse perforée est mise dehors. Drainage sus-pubien.

Amélioration progressive. La malade est tenue pour guérie. Seize jours après, apparition de nouveaux signes de péritonite aiguë.

Une *seconde intervention* est pratiquée par une incision médiane. Abdomen rempli de liquide intestinal.

On découvre une *seconde perforation* à 20 centimètres environ de la première.

Extériorisation.

Décès dans les 48 heures.

OBSERVATION N° 57

COMBES, SALMON, JEAN, TARANGER. — *Bulletins et Mémoires de la*

Société de Chirurgie de Marseille, 1937, p. 152.

Le 21 janvier 1937. Femme, 45 ans. Douleur abdominale, survient brusquement. Hospitalisation. Abdomen distendu ; défense au niveau de l'hypogastre. aPs de pneumopéritoïne. Diagnostic embarrassant,

Opération. — Rachi. La parotomie mœdane sous-ombilicale ; matières intestinales dans la cavité pelvienne. Perforation d'une anse grêle de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Extériorisation de l'anse. Sonde. Drain dans le Douglas.

Suites opératoires. — D'abord favorables. Ecoulement abondant de matières fécales par la sonde Séro-diagnostic positif à l'Eberth au 1/400. Le 1^{er} février, amélioration nette. Reprise de l'alimentation. La sonde est remplacée par un tube de Paul. Le drain du Douglas est enlevé.

Le 5 février, issue de matières dans la plaie à côté de l'intestin extériorisé. Il est probable qu'une deuxième perforation s'est produite.

Progressivement, l'anse extériorisée rentre dans l'abdomen, le tube de Paul tombe de lui-même. Cependant bien que le malade s'alimente correctement l'état général décline.

Le 21 février, apparition d'une sensibilité abdominale diffusée, quelques vomissements, un peu de défense. Pouls à 120. L'état général s'aggrave rapidement. On hésite à tenter une nouvelle intervention car les conditions locales sont nettement défavorables (anus grêle, lésions de la peau).

Le 23 février, décès.

L'autopsie est pratiquée. Présence d'un liquide louche dans le péritoine. De multiples adhérences cloisonnent la cavité pelvienne. L'anse extériorisée était la dernière iléale. A 20 centimètres en amont de la première perforation on en découvre une seconde au fond du pelvis, puis une troisième, etc...

Il existe ainsi *douze perforations* étagées le long du grêle, la plus élevée se trouve à 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

En résumé, perforation intestinale typhique en bonne voie de guérison. Décès par suite de perforations itératives.

OBSERVATION N° 58

DOR (J.). — Les perforations digestives de la fièvre typhoïde, p. 116.

Jeune homme de 18 ans, opéré de perforation typhique dès la première heure des manifestations cliniques, une nuit de garde, en août 1937. Le diagnostic est évident.

L'intervention découvre une perforation de 4 millimètres de diamètre à 15 centimètres de l'iléon. On extériorise l'anse correspondante, qui est d'ailleurs infiltrée.

Les suites opératoires sont immédiatement favorables. Par la sonde de Pezzer introduite dès le début dans la perforation et jusque dans le ventre s'écoule beaucoup de liquide intestinal. Le pouls redescend à 90 dès le lendemain. Le ventre reste souple.

Le malade entre vite en convalescence et on croit la partie gagnée quand, au neuvième jour, le *ventre redevient* progressivement *très douloureux*, il se défend même un peu. La langue humide jusque là est sèche, le pouls remonte à 120. L'écoulement par la sonde a diminué sans se tarir.

Pour des raisons indépendantes de ma volonté, je ne revois ce malade que le surlendemain alors qu'il n'y a plus rien à faire. Il meurt dans le collapsus.

A l'autopsie, il existait une *nouvelle perforation* à 15 centimètres au-dessus de l'anse extériorisée.

OBSERVATION N° 59

DOR et ESCARRAS. — Dor : Les perforations digestives de la fièvre typhoïde, p. 116.

D... Paul, 16 ans, entre à la Conception le 26 juin 1938, pour une typhoïde dont le début semble remonter au 10 juin 1938. La température est à 39°. Le typhos est prononcé. Il y a des épistaxis répétées, une diarrhée abondante, des vomissements bilieux.

Abdomen souple, non douloureux. Il y a des gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Le 1^{er} juillet 1938, la température tombe à 37°5. Le malade est angoissé, un peu agité. Le pouls monte à 120. Il y a vomissements bilieux la nuit.

A l'examen, abdomen météorisé, très légèrement contracté dans la région péri-ombilicale droite. La matité pré-hépatique a disparu.

Intervention environ 6 heures après le début des accidents. Anesthésie locale. Incision de JaJaguier : il y a de la sérosité louche dans le péritoine. Nous nous portons sur l'abouchement iléo-coecal à 10 centimètres duquel nous trouvons sur l'anse iléale au milieu d'une zone parcheminée une perforation grosse comme une lentille ; au delà de cette zone, l'anse est normale tant du côté iléal que du côté coeco-ascendant.

Nous extériorisons l'anse et pratiquons sur la perforation une enterostomie à la Witzel.

Suites opératoires excellentes. L'état général se relève immédiatement. La température oscille entre 37° et 37°5. L'alimentation est donnée un peu plus abondante. Extrats hépatique. Vitamine A per os et intra-musculaire.

La sonde d'entérostomie tombe d'elle-même au quatrième jour et la fistulisation se fait normalement.

Tout est normal jusqu'à la nuit du 19 au 20, soit 19 jours après l'opération, au cours de laquelle des coliques généralisées à maximum dans la fosse iliaque droite apparaissent avec un vomissement.

La fistule se tarit, les matières ne s'écoulent plus. La température monte à 38°, mais le ventre reste souple. Nous temporisons jusqu'au 20, à 16 heures.

Ré-intervention. — Par voie transrectale. A 10 centimètres au-dessus de la première perforation, *une autre perforation lenticulaire* qui a laissé s'échapper des matières liquides au milieu d'un magma d'adhérences serrées qui fixent l'anse à la paroi pelvienne postérieure et nous empêchent de l'extérioriser et même de la suturer.

Nous l'isolons sur un lit de compresses.

Mort 24 heures après dans la nuit du 21 au 22.

Examen nécropsique pratiqué. Sans intérêt pour la question qui nous occupe.

III^e PERFORATIONS ITERATIVES A L'EXTERIEUR

OBSERVATION N^o 60

(citée par Buizard)

BLAND-SUTTON. — Bland-Sutton and Cayley, *British Medical Journal*, 17 mars 1894, I, p. 578.

Homme, 25 ans. Perforation dans la quatrième semaine.

Opération : pelvis rempli de matières fécales.

Perforation à 30 centimètres de la valvule. Suture. Légère *fistule stercorale*.

Mort le sixième jour par épuisement.

Pas de péritonite.

OBSERVATION N^o 61

(citée par Buizard)

ABBER. — New-York Médical Record, 5 janvier 1895. Keen, 25 Finney.

Femme, 21 ans. Perforation dans la troisième semaine d'une fièvre typhoïde.

Opération 2 jours après le début. Pouls 140, température 40°. Ether. Incision médiane. Perforation de 6 millimètres de diamètre sur l'iléon. Suture. Gaze iodoformée. Incision laissée ouverte.

Légère *fistule fécale* pendant deux semaines.

Guérison.

OBSERVATION N^o 62

(citée par Buizard)

HILL (W.). — Keen. 40. Finney 57.

1895. Garçon, 13 ans. Perforation sixième semaine.

Opération 12 heures après. Perforation large. Résection intestinale. Anastomose au bouton de Murphy. Ulcération menaçante suturée et placée près de l'incision abdominale.

Fistule qui se ferme au bout de dix jours.

Guérison. Bouton évacué le dix-septième jour.

OBSERVATION N° 63

(citée par Buizard)

LE CONTE (R.-G.). — *Annals of Surgery*, 1901, t. XXXIII, p. 645.

Décembre 1896. Homme, 23 ans. Syndrome abdominal aigu.

Opération trois jours après le début. Ether, Cinq à six taches de coloration pourpre avec zozne de gangrène noir bleuâtre situées sur l'iléon, coecum et colon ascendant.

Drainage à la gaze.

36 heures après l'opération, à travers l'incision, *débâcle de pus et matières fécales* qui diminua au bout de dix jours. Fistule fermée un mois après. Widal positif.

Guérison 50 jours après l'opération.

OBSERVATION N° 64

(citée par Buizard)

ANDERSON. — A.-R. Hardford et Anderson. *British Medical Journal*, 23 juillet 1898. II. 200. Keen 86.

Homme, 27 ans. Perforation subitement le trentième jour d'une fièvre typhoïde légère.

Opération 22 heures 1/2 après. Incision médiane sous-ombilicale. *Issue de pus et de matières fécaloïdes*. Perforation à 90 centimètres du coecum de la grandeur d'une fève. Suture de Lembert à la soie. Nettoyage des anses intestinales. Pas de drainage.

Guérison retardée par des complications rénales.

OBSERVATION N° 65

(citée par Buizard)

TAYLOR (W.). — *Dublin Journal of Medical Science*. Janvier 1901, p. 1.

1899. Femme. Perforation le vingtième jour.

Opération. Incision médiane. Péritonite. Beaucoup de pus dans le petit bassin dû à la suppuration de l'ovaire droit. Drainage à la gaze.

Quinze jours après, douleur abdominale, vomissements.

Deuxième opération : perforation de l'ulcération. Drainage à la gaze.

Le quinzième jour après l'opération, *issue de matières fécales* par la plaie.

Mort.

Autopsie. — *Nouvelle perforation* à 2 centimètres 5 de la suture qui était guéris. Sur une longueur de 1 centimètre, l'intestin était aussi mince que du papier.

OBSERVATION N° 66

(citée par Buizard)

AUDET. — *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, 1899. XXXIV, p. 234, cas 2.

Janvier 1899. Soldat. Le vingt-quatrième jour, perforation.

Opération immédiate : Incision latérale ; liquide stercoral. Perforation impossible à trouver par crainte de rompre les adhérences. Mèches de gaze.

Issue de matières fécales par la plaie. Apyrexie.

Le cinquième jour, apparition d'une érysipèle de la face.

Mort le neuvième jour.

Autopsie. — *Perforation* sur l'iléon à 15 centimètres de la valvule et comprenant le tiers du pourtour de l'anse.

OBSERVATION N° 67

(citée par Buizard)

LAVROFF (B.-B.).

Avril 1899. Homme, 25 ans. Perforation troisième semaine.

Opération. Perforation iléale. Suture.

Pendant cinq jours, amélioration, puis vomissements, pansements remplis de *matières fécales*.

Mort sept jours après.

OBSERVATION N° 68

(citée par Buizard)

MARTIN (Edw.). — *University Medical Magazine*, 1899. XI. 502. Keen, 118.

Opération plusieurs jours après la perforation. Ouverture d'un abcès stercoral. Perforation sur l'iléon.

Guérison avec *fistule stercorale*.

OBSERVATION N° 69

(citée par Buizard)

JONES (W.). — *Annals of Surgery*, juillet 1901, XXXIV.

Octobre 1900. Femme, 20 ans. Perforation au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde grave (sixième semaine).

Opération 16 heures après. Etat désespéré. Grande quantité de liquide séro-purulent. Gaz. Anses agglutinées. Appendice sain. Pas de perforation. Drainage, mèche et deux gros drains.

Deux jours après : débâcle de matières fécales par l'incision. Cesse au bout d'une semaine. A ce moment, rechute de la typhoïde qui dure trois semaines. Réouverture de la fistule qui guérit spontanément.

Guérison.

OBSERVATION N° 70

(citée par Buizard)

LEGUEU (F.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 26 décembre 1900, p. 1156. Ibid., 17 mars 1908, p. 347, cas I. Loison. *Revue de Chirurgie*, 1901. XXIII, p. 179.

Novembre 1900. Garçon 15 ans. Perforation le vingtième jour..

Opération 6 heures après. Liquide puriforme. Perforation large pièce de 50 centimes à 25 centimètres du coecum. Parois épaissies et friables. Greffe épiploïque.

Situation grave les premiers jours.

Le cinquième jour, *fistule stercorale*. Fermeture de la fistule au bout de 20 jours.

Guérison.

OBSERVATION N° 71

(citée par Buizard)

LOVE (A.). — *Glasgow Medical Journal*, 1903, LX, p. 13 cas II.

Décembre 1900. Homme, 16 ans. Perforation le vingt-quatrième jour.

Opération 33 heures après. Liquide trouble. Perforation. Suture. Drainage. Amélioration.

Le vingt-deuxième jour, apparition d'une *fistule fécale* : perforation probablement plus haute dans l'intestin. Fermeture graduelle de la fistule.

Guérison.

OBSERVATION N° 72

(citée par Buizard)

LOVE (A.). — *Glasgow Medical Journal*, 1903. LX, p. 13, cas 3.

Janvier 1901. Femme. Perforation le huitième jour.

Opération dix heures après. Perforation. Suture.

Le lendemain, douleur abdominale, vomissements, accélération du pouls, chute de la température de 39° à 36°3. *Ecoulement fécaloïde* par la plaie : nouvelle perforation.

Mort vingt heures après.

OBSERVATION N° 73

(citée par Buizard)

KAURMERER. — Siebert. *Archives of Pediatrics*, septembre 1902.

Mai 1901, Garçon, 11 ans.

Après une semaine d'indisposition, soudainement douleurs aiguës. Température 41°2. Le lendemain 40°5 ; persistance de la douleur ; légère sensibilité de la fosse iliaque droite.

Opération deux jours après. Ablation de l'appendice ulcéré. Nombreuses ulcérations typhiques. Widal positif. *Fistule stercorale* apparaît trois semaines après. Se ferme fin de la septième semaine.

Guérison.

OBSERVATION N° 74

(citée par Buizard)

HAGGARD (W.).

Juillet 1901. Garçon, 9 ans. Perforation le dix-neuvième jour.

Opération. — L'incision révèle une cavité bien limitée dont les parois sont presque en contact et dont les côtés et de fond présentent trois perforations (deux sur l'intestin grêle et une sur le colon). Liquide fécaloïde. Suture des perforations. Drainage.

Le troisième jour, apparition d'une *fistule stercorale*. Parotidite gauche. Fermeture de la fistule avec succès dix-huit mois après.

OBSERVATION N° 75

(citée par Buizard)

LAVROFF (B.-B.). — Rousskii Vrach. 1904, III, p. 1124-1157, cas 15.

Septembre 1901. Homme, 32 ans. Perforation au cours d'une typhoïde ambulatoire.

Opération 24 heures après. Incision médiane.

Perforation sur l'iléon, Suture.

Le lendemain, *écoulement de matières fécales liquides par un drain*.

Mort le troisième jour.

Autopsie. — Péritonite aiguë. Ulcération sur l'iléon et inflammation purulente des ganglions mésentériques.

OBSERVATION N° 76

(citée par Buizard)

CUSHING (H.-W.). *Annals of Surgery*. 1901. XXXIII, p. 5.

Opération : anesthésie locale. Incision oblique sur la région de l'appendice. Perforation sur l'iléon à 8 centimètres du cœcum. Double rang de sutures, épilooplastie.

Deux jours après abdomen souple.

Huit jours après, près de l'angle inférieur de la plaie se détache une mince escarre et se produit une *fistule stercorale qui se ferme d'elle-même*.

Guérison.

OBSERVATION N° 77

(citée par Buizard)

HAYS (G.-L.).

Juin 1901, Homme, 36 ans. Perforation le dix-neuvième jour d'une fièvre typhoïde.

Opération cinq heures après. Anesthésie locale. Incision médiane. Liquide trouble. Intestin très congestionné. Perforation sur l'iléon à 15 centimètres de la valvule. Suture. Drain.

Cinq jours après : pneumonie et fistule stercorale. Celle-ci se ferme en deux ou trois jours. Suppuration de l'incision abdominale.

Guérison en un mois.

OBSERVATION N° 78

(citée par Buizard)

ILL (Ch.-L.). — William Petry, *Philadelphia Medical Journal*, 13 décembre 1902, p. 936.

Juin 1902. Homme, 30 ans. Perforation le 38^e jour.

Opération 7 heures après. Incision médiane. Matières fécales liquides dans l'abdomen. Perforation sur la fin de l'iléon. Enfouissement. Drainage à la gaze.

Pendant cinq jours : vomissements fécaloïques. Décharge abondante de matières fécales après ablation de la gaze. Vomissements cessent. Fistule se tarit en quinze jours.

Guérison malgré deuxième rechute.

OBSERVATION N° 79

(citée par Buizard)

KYLE (H.-G.). — *Bristol Medico-Chirurgical Journal*, 1903, XXI, p. 30.

Septembre 1902. Homme, 27 ans. Perforation le douzième jour.

Opération : incision oblique latérale. Perforation à l'extrémité inférieure de l'iléon. Suture superficielle. Drain. Ecoulement abondant par la plaie.

Mort le dixième jour de la gravité de la typhoïde.

Autopsie. — Pas de péritonite, pas d'autres perforations. Anse perforée adhérente à l'incision. Il existait une fistule fécale bien que l'on n'eût pas observé d'émiettes fécales dans l'écoulement.

OBSERVATION N° 80

(citée par Buizard)

VINCINI. — Del Piano (auto observation). Il Raccoglitore Médico. (Imola) 1904, p. 310.

1902. Perforation le 22^e jour d'une typhoïde grave.

Opération 16 heures après. Chloroforme. Incision latérale droite. Perforation sur l'iléon. Suture. Drainage à la Mikulicz dans le Douglas. L'anse opérée est isolée de la grande cavité.

Quelques jours après, *nouvelle perforation* proche de la première, mais isolée par les bandes de gazes.

Le 20^e jour, température, frisson décelant une *troisième perforation* plus profonde. Fièvre pendant plusieurs jours.

Guérison.

OBSERVATION N° 81

(citée par Buizard)

HAYS (G.-L.). — *Journal of the American Medical Association*, 1905, XLIV, p. 1265, cas 8.

Juin 1903. Jeune homme, 15 ans. Perforation le 15^e jour.

Opération : Anesthésie locale. Incision à droite. Perforation à 2 centimètres de la valvule. Suture. Drain dans le pelvis.

Dixième jour après, apparition d'une fistule stercorale.

Mort le dixième jour.

Autopsie. — Dans l'abdomen, matières fécales venant d'une *seconde perforation*, placée très haut sur le jéjunum ; très large, 12 centimètres de diamètre. Les sutures de la première perforation étaient intactes.

OBSERVATION N° 82

(citée par Buizard)

ESCHER. — Mitteilungen aus der grenzgebieten ; d. Med. und chirurg. Iéna, 1903. XI, pp. 104-123.

Garçon, 13 ans et demi. Perforation dans la troisième semaine.

Opération. — Libération d'une adhérence de l'iléon au péritoine pariétal. Grande quantité de matière fécales liquides dans l'abdomen.

Fistule stercorale.

Guérison.

OBSERVATION N° 83

(citée par Buizard)

WOOLSEY (G.). — *Annals of Surgery*, 1906. XLIII, p. 652, cas 8.

Septembre 1903. Garçon, 9 ans. Perforation le dixième jour.

Opération. Perforation à 45 centimètres du coecum. Suture. Gros drain.

16^e jour, fistule stercorale. Rechute de typhoïde.

OBSERVATION N° 84

(citée par Buizard)

DA COSTA (Ch.-J.). — *Annals of Surgery*. Février 1905. XLI, p. 284 cas 4.

Mai 1904. Homme(34 ans. Perforation troisième semaine.

Opération. Incision latérale. Perforation à 60 centimètres de la valvule. Double rang de sutures. Drainage mèche.

Pendant deux jours, état désespéré, puis amélioration.

Le dixième jour, violente douleur dans la fosse iliaque droite. Ascension du pouls de 80 à 108, de la température à 38°3. Calmé par *écoulement* au dehors de *matières fécales* décelant une nouvelle perforation.

Quatre mois après, opération pour fermeture de l'anus artificiel. Deuxième perforation au 5 centimètres au-dessus de l'anse et isolée de la cavité péritonéale par des adhérences.

Résection de l'anse et anastomose latéro-latérale.

Guérison.

OBSERVATION N° 85

(citée par Buizard)

HAYS (G.-L.). — *Journal of the American Medical Association*, 1905, XLIV, p. 1265, cas 9.

Juillet 1904. Homme, 29 ans. Perforation le 22^e jour.

Opération. Anesthésie locale. Perforation à 15 centimètres de la valvule. Suture. Large drainage avec drain en verre.

Le deuxième jour apparition d'une *fistule stercorale* qui se ferme au bout de trois mois.

Guérison.

OBSERVATION N° 86

(citée par Buizard)

HAYS (G.-L.).

Juillet 1904. Fille, 14 ans. Perforation le 28^e jour.

Opératio. — Ether. Incision latérale. Perforation de 3 millimètres de diamètre sur l'iléon à 20 centimètres de la valvule.

Suture. Drain.

Le septième jour, *fistule* causée par l'ouverture de la suture.

Guérison.

OBSERVATION N° 87

(citée par Buizard)

MITCHELL (Ch.-F.). — *Annals of Surgery*, 1907. XLV, p. 470, cas 5.

Octobre 1904 Homme, 28 ans. Perforation le 26^e jour.

Opération dix heures après. Perforation à 45 centimètres du cœcum, du diamètre d'une pointe de crayon.

Dix-huit jours après, apparition d'une *fistule stercorale* avec fièvre légère.

Guérison.

OBSERVATION N° 88

(citée par Buizard)

WEST (J.-W.). — *Journal of the Royal Army Medical Corps.* 1904. III, p. 655.

Juillet 1904. Homme, 19 ans. Perforation le douzième jour.

Opération treize heures après. Chloroforme. Incision médiane sus-ombilicale. Perforation du diamètre d'un crayon.

Suture à la Lembert. Drain de gaze. Vomissements pendant trois jours. Le troisième jour, fistule stercorale au niveau du drain de gaze.

Fistule stercorale se ferme un mois et demi après.

Guérison.

OBSERVATION N° 89

(citée par Buizard)

HUNTINGTON (Th.-W.). — Th.-W. Huntington et George B. Ebright. *Journal of the American Medical Association* 1905, 2 p. 1664, cas 1.

Novembre 1904. Homme, 38 ans. Perforation le 42^e jour d'une typhoïde ambulatoire.

Opération. Ether. Incision au bord externe du grand droit. Perforation à 20 centimètres du coecum. Suture en bourse. A 7 centimètres 5 une autre ulcération. Pas de drainage.

Cinq jours après, fistule fécale à la partie supérieure de l'incision, nécessitant l'ouverture de celle-ci. Fermeture de la plaie un mois après.

Guérison.

OBSERVATION N° 90

(citée par Buizard)

HUTCHINSON (J.-P.). — *Annals of Surgery.* Février 1905. XLI, p. 290, cas I.

Femme.

Opération. Perforation du diamètre d'un crayon. Suture impossible (grandeur de la perforation et état de l'intestin).

Grefte épiploïque. Isolement de la zone perforée avec de la gaze.

Pendant plusieurs semaines, *écoulement d'un pus* fétide (fistule).

Guérison lente.

OBSERVATION N° 91

(citée par Buizard)

NEFF (J.-M.). — J.-E. Allaben, *Journal American Medical Association*, 1907, XLIX, 554-559. Observation du propre fils d'Allaben.

1905. Homme, 17 ans. Fièvre typhoïde grave. Le 32^e jour, perforation.

Première opération, le 5 octobre. 37 heures après le début. Perforation du diamètre d'un crayon, sur l'iléon à 30 centimètres du coecum. Suture. Drainage.

Une semaine après, formation d'une fistule stercorale au point où était le tube de drainage.

Deuxième opération le 27 octobre. On cherche une poche de pus. On n'en trouve pas. On rompt quelques adhérences intestinales. Drain de caoutchouc.

Les jours suivants, beaucoup de matières fécales passaient par la fistule.

Le 10 novembre dans la soirée, douleur soudaine dans la partie supérieure de l'abdomen. Distention de cette région ; diminution considérable des matières sortant par cette fistule. (Depuis huit jours la température était normale.

Troisième opération le 11 novembre pour obstruction intestinale. Incision latérale droite sus-ombilicale. Retrécissement de l'intestin grêle par une bride fibreuse. Section de cette bride.

Mort huit heures après.

Autopsie partielle. La fistule stercorale siégeait au niveau de la perforation de l'iléon qui s'était réouverte. Dans la profondeur du petit bassin, à gauche, circonscrit par de l'exsudat et des anses grêles adhérentes entre elles, abcès contenant 4 à 5 onces de pus virulent. De plus, perforation du coecum, lequel reposait dans l'angle inférieur de la plaie. Pas de décharge fécale à travers elle.

OBSERVATION N° 92

(citée par Buizard)

DUBUYADOUX. — *Archives de Medecine et Phaarmacie Militaire*.
Avril 1908, p. 324, cas 6.

Août 1905. Soldat. Perforation dixième jour.

Opération. Incision latérale. Liquide louche. Perforation à 20 centimètres du coecum. Trois plans de suture. Deux drains.

Quatrième jour, *matières fécales commencent à filtrer par l'incision*. Désunion de la plaie qui montre l'anse perforé adhérente.

Mort 41 jours après.

Autopsie. — Broncho-pneumonie aiguë des deux poumons. Péritonite généralisée.

OBSERVATION N° 93

(citée par Buizard)

KÄELHER (M.). — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1907. XXXIII, p. 1370, cas I.

Mai 1905. Jeune homme, 16 ans. Fièvre typhoïde récidivée. Douleurs abdominales très violentes.

Opération le lendemain. Anesthésie locale. Incision au-dessus du ligament ilio-inguinal. Liquide fécaloïde. Etat général trop grave empêche toute recherche. Drain. *Fistule stercorale* qui se ferme en quatr à cinq semaines. Deuxième récidive modérée.

Guérison.

OBSERVATION N° 94

(citée par Buizard)

COTROL (F.-J.). — *Boston Medical and Surgical Journal*. 1906. CLV. p. 151.

Juin 1905. Garçon, 13 ans. Perforation le quinzième jour.

Opération 12 heures après. Ether. Incision médiane. Liquide trouble. Appendicectomie. Sur l'iléon, à 45 centimètres de la valvule, perforation ronde de 2 millimètres 5 de diamètre. Suture. Contre-ouverture à droite et à gauche avec drain de verre. Mèche dans l'incision médiane. Suture partielle.

Amélioration. Le septième jour, apparition d'une *fistule fécale* par l'incision droite.

Le 24^e jour, douleur abdominale. 11 jours après, même accident avec distention : il s'agit d'obstruction mécanique par adhérences. Ecoulement abondant de pus et de matières fécales par la fistule.

Guérison.

OBSERVATION N° 95

(citée par Buizard)

BELGRANO ORTEGA (rapporteur). *Revista de la Sociedad Médica Argentina*. Buenos-Aires. 1905. XIII. pp. 15L 170L.

Homme, perforation le vingtième jour.

Opération. Chloroforme. Incision latérale droite. Petite pertoration dans les derniers 20 centimètres. Suture. A côté, ulcération menaçante. L'anse perforée présente un aspect peu rassurant. Elle est isolée par une compresse de chaque côté du mésentère.

Les jours suivants, état grave.

Une quinzaine de jours après, *fistule stercorale* sur l'anse iléale isolée de la cavité. Ablation de deux points de suture pour faciliter le drainage.

Guérison en un mois.

Six jours après, une *deuxième fistule* s'ouvre à la partie inférieure de la plaie.

La malade sort guérie le 17 avril, 2 mois et 6 jours après l'intervention.

OBSERVATION N° 96

(citée par Buizard)

LUND (F.-B.). — *Boston Medical and Chirurgical Journal*. 1907. CLVII, p 330.

Novembre 1906. Homme, 30 ans. Perforation quatrième semaine.

Intervention : Ether. Incision sur le bord du droit. Perforation sur l'extrémité inf. de l'iléon. Suture. Drain de caoutchouc dans le pelvis.

Fistule stercorale au niveau du drain.

Guérison.

OBSERVATION N° 97

(citée par Buizard)

QUENU (M.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 31 mars 1908, t. XXXIV, p. 464.

Mars 1908. Jeune fille, 23 ans. 20 jours après, perforation (purgatif).

Opération 20 heures après. La parotomie latérale. Perforation à 20 centimètres du coecum large. Suture impossible. Greffe avec le masentère. Anse isolée entre deux compresses sortant par la plaie.

Suites immédiates favorables. Le sixième jour, *matières diarrhéiques coulent par la plaie*. Le septième jour, élévation de la température et du pouls ; faciès péritonéal.

Mort à la fin du huitième jour.

OBSERVATION N° 98

(citée par Buizard)

CHEVRIER. — Société de Chirurgie de Paris 1913. In Thèse Cousin :

Les Perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

Perforation.

Extériorisation. — Quelques jours après, on observe sur l'anse extériorisée, une *nouvelle perforation* siégeant au-dessus et à gauche de la première.

OBSERVATION N° 99

(citée par Buizard)

MOIROUD. — Perforation typhique opérée à la dix-huitième heure.

Extériorisation. Nouvelle perofration au vingtième jour sur l'anse extériorisée. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 12 février 1930. Rapport de M. Roux-Berger.

Jeune garçon, 11 ans, syndrome de perforation typhique au treizième jour d'une fièvre typhoïde à forme extrêmement sévère. (9 octobre 1927).

Opération à la dix-huitième heure. Anesthésie légère au chlorure d'éthyle. Incision oblique de la fosse iliaque droite. Issue de liquide jaunâtre, grumeleux qui est le contenu intestinal. Perforation à 25 centimètres du coecum sur le bord convexe de l'intestin.

Extériorisation de l'anse malade sur une longueur de 18 à 20 centimètres. Incision sus-pubienne de drainage.

Le soir, température monte de 37°4 à 37°8, puis atteint 40° en même temps qu'apparaissent des signes de congestion pulmonaire. Rapidement tous les phénomènes péritonéaux s'amendent. Escarre sacrée apparaît.

La fistule intestinale donne abondamment et chaque jour, rentrée légère de l'anse.

La perforation s'aggrandit progressivement jusqu'à avoir les dimensions d'une pièce de deux francs.

Le 28 octobre, l'état du malade est plus satisfaisant, lorsqu'on constate sur le bout supérieur de l'anse extériorisée une *nouvelle perforation* siégeant à 4 centimètres de la première, mais plus petite.

Le 50^e jour après l'opération, l'intestin a complètement réintégré la cavité abdominale et il ne persiste qu'une légère fistule qui met environ 3 mois à se tarir.

Légère éventration dont la cure opératoire est facile. (Observation résumée).

OBSERVATION N° 100

LUCCIONI. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*. Séance du 22 février 1937. Observation I.

M. X..., 22 ans, présente depuis 3 jours une température oscillant aux environs de 40° avec céphalée, légère constipation.

Admis dans un service de médecine de la Conception. Température : 40°1, tuphos très marqué. Le lendemain, vague douleur dans la fosse iliaque droite avec chute de la température à 38° ; ballonnement abdominal. La pression dans la fosse iliaque droite est douloureuse. Pas de défense musculaire. Matité hépatique disparue.

Opération. Anesthésie locale. Incision de Mac-Burney. Epanchement péritonéal purulent mélangé de matières fécales. Une perforation lenticulaire près de la terminaison du grêle. Sonde de Nélaton dans la perforation avec enfouissement à la Witzel. L'anse est extériorisée et isolée sur un lit de compresses. Drain dans le Douglas.

Le malade *meurt* 7 heures après l'intervention.

A l'autopsie on constate que *deux perforations* se sont produites *sur l'anse extériorisée*.

OBSERVATION N° 101

LUCCIONI. — Ibid. obs. II.

Fillette, 8 ans. Perforation au 28° jour d'une fièvre typhoïde.

Opération : anesthésie locale. Incision de Mac-Burney, perforation à 20 centimètres du coecum. A 4 centimètres de celle-ci existe une petite plaque de sphacèle. Sonde de Nélaton et enfouissement à la Witzel. Extériorisation de l'anse perforée sur un lit de compresses.

Trois jours après l'opération, une *nouvelle perforation* se produit au niveau de la plaque de sphacèle, bientôt suivi deux jours après d'une *nouvelle perforation*, à quelques centimètres de la première. Les matières fécales s'écoulent abondamment dans le pansement. Depuis le lendemain de l'opération, amélioration de l'état général. Les fistules donnent abondamment. L'enfant quitte la clinique le vingt-deuxième jour en bonne voie de guérison.

Le 26° jour, elle présente subitement des crises de contractions généralisées et un délire aigu s'installe. Les contractions d'abord espacées, deviennent plus fréquentes et le 26° jour, décès après coma de courte durée.

CONCLUSIONS

1° On peut distinguer 3 types de perforations itératives typhiques : les perforations itératives précoces, les perforations itératives tardives, les perforations itératives en dehors du ventre.

Les plus intéressantes sont les perforations tardives.

2° Bien que la plupart des auteurs en aient parlé, c'est l'Ecole Marseillaise qui a mis cette question en relief.

3° La perforation itérative constitue la cause principale des morts tardives à la suite de la perforation typhique opérée.

4° Au point de vue anatomique on distingue la perforation proprement dite et le déhiscence de la suture. Les perforations multiples s'observent fréquemment. Selon le siège il se produit une fistule stercorale ou une péritonite ; les péritonites localisées sont dues aux perforations précoces.

5° Le tableau clinique habituel de la perforation itérative tardive est essentiellement fruste : douleur abdominale diffuse sans contracture, obstruction intestinale, altération de l'état général. Ces accidents surviennent après une amélioration d'une douzaine de jours.

6° Les perforations précoces et à l'extérieur n'offrent aucun intérêt clinique. Il existe de rares formes sthéniques à diagnostic évident.

7° Le diagnostic doit être essentiellement précoce. Le diagnostic différentiel est rarement discuté.

8° Le pronostic est surtout fonction d'un diagnostic et d'un traitement ultra-précoces.

9° Le traitement chirurgical préventif consiste en une iléostomie faite au point le plus élevé de la zone suspecte avec ou sans extériorisation. Le traitement curatif a trois méthodes à sa disposition : l'iléostomie, la suture, le drainage.

Le point le plus important du traitement réside dans sa mise en œuvre immédiate.

Vu et approuvé :

Le Doyen,
CORNIL..

Vu et approuvé :

8 juin 1940,
Professeur Yves BOURDE.

Vu et permis d'imprimer :

Aix, le 11 juin 1940,

Le Recteur,
E. GAU

BIBLIOGRAPHIE

- ARMSTRONG. — Perforations intestinales typhiques. *British Medical Journal*, n° 2.600, 29 octobre 1910.
- ARNAUD (M.). — A propos des perforations intestinales chez les typhiques. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1936, p. 435.
- BERNARDBEIG. — Péritonite typhique par perforation. Suture. Appendicostomie. Guérison.. Rapport de M. Moure. Société Nationale de Chirurgie. Séance du 7 mars 1934.
- BONAMY. — Perforations intestinales au cours des paratyphoïdes. *Thèse*, Paris, 1932.
- BONNET. — Les complications péritonéales de la fièvre typhoïde. Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 24 janvier 1929, in Lyon, ch., t. xxvi.
- BOURDE (Y.). — A propos des perforations typhiques. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1936, p. 405.
- BOURDE (Y.). — Complications chirurgicales de la fièvre typhoïde affectant l'intestin et le péritoine. *Archives de Médecine Générale et Coloniale*, n° 7, 1934.
- BRIN (L.). — Les formes cliniques de la perforation dans la fièvre typhoïde. *Thèse*, Paris, 1911.
- BUIZARD. — Perforations typhiques. *Journal de Médecine de Paris*, 14 janvier 1929.
- BUIZARD. — Du traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique. *Thèse*, Paris, 1909.
- CHEVRIER. — Perforations intestinales d'origine paratyphique. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1913.

COTTE. — Sur le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 17 janvier 1929.

COUSIN. — Les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. *Thèse*, Montpellier, 1928.

CUSHING. — Hw. John Hopkins Hospital Reports, 1898, vol. 9, p. 267, cité par Buizard.

DOR (J.). — Voir SALMON.

DOR (J.). — A propos des perforations intestinales de la fièvre typhoïde. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*. 1936, p. 77.

DOR (J.). — A propos d'un nouveau cas de perforation itérative de fièvre typhoïde. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1936, p. 337. Discussion : MM. Artaud, Roques, Arnaud, Cottalorda et Bonnal,

DOR (J.). — Diagnostic et traitement des perforations intestinales typhiques. Conférence des Chefs de Clinique, 4^{me} série, 1938, Masson.

DOR (J.). — A propos des perforations typhiques. Conclusion de la discussion. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*. Janvier 1938.

DOR (J.) et ESCARRAS — Les perforations itératives de la fièvre typhoïde. A propos d'un nouveau cas. Société de Gastro-entérologie du Sud-Est, janvier 1939.

DOR (J.). — Les perforations digestives de la fièvre typhoïde. Masson, 1939.

DUVAL (E.). — Le traitement des perforations typhiques par l'enterostomie systématique. *Thèse*, Paris, 1910.

FÈVRE, FOLLIASSON et LIÈGE. — Perforation de la vésicule au cours d'une typhoïde grave. Opération. Guérison. Société Nationale de Chirurgie. Séance du 4 juin 1930. Rapport de M. Ombredanne.

FRÉVIPLE. — Perforation intestinale typhique de la convalescence. *Thèse*, Bordeaux, 1925.

- GUEULLETTE. — Diagnostic et traitement chirurgical des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. *Journal de Chirurgie*, t. xxxiv, 1924, n° 3, p. 257.
- KAYSER. — La perforation intestinale typhique. *Thèse*, Nancy, 1919.
- LATOUCHE (de). — Perforations intestinales en cours des paratyphoïdes. *Thèse*, Bordeaux, 1930.
- LAWRENCE. — Sur la perforation intestinale typhique. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. xxv, n° 1. Séance du 6 janvier 1933.
- LE GALLOU. — Perforations tardives de la fièvre typhoïde. *Thèse*, Bordeaux, 1929-1930.
- LENORMANT et WILMOTH. — Sur les perforations intestinales de la fièvre typhoïde. *Presse médicale*, n° 62, 5 août 1931.
- LLUCIA et GRANJON. — Pseudoperforations typhiques de l'intestin. Laparotomie exploratrice.. Extériorisation. Guérison. Rapport de M. Carcassonne. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1937, p. 297.
- LUCCIONI. — Perforations intestinales typhiques. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 22 février 1937, p. 125.
- MEYER-MAY, HO-DAC-DI et TON-THAT-TUNG. — Chirurgie des péritonites d'origine typhiques au Tonkin. 42 cas personnels. Rapport de M. Fèvre. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 1939 ; p. 226. Séance du 15 février.
- MOIROUD. — Perforation typhique opérée à la 18^e heure. Extériorisation. Nouvelle perforation sur l'anse extériorisée. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 12 février 1930 ; Rapport de M. Roux-Berger..
- MONDOR. — Les diagnostics urgents. Masson et C^{ie}.
- MONTOLIU. — Perforations intestinales au cours des fièvres typhoïdes ambulatoires. *Thèse*, Paris, 1927.

- PAPIN. — Perforations intestinales au cours des paratyphoïdes. *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* ; Séance du 20 novembre 1930, p. 1.342.
- ROBERTS. — Fièvre typhoïde avec multiples perforations. Opérations répétées. Guérison définitive. *Annals of Surgery*, vol. XLIX, n° 3, janvier 1909.
- SALMON. — Vingt cas de perforation typhique chez l'enfant. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1937, p. 129.
- SALMON, COMBES, JEAN et TARANGER. — Perforation typhique. Opération. Survie de 33 jours. Douze perforations itératives. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1937, p. 152.
- SALMON, DOR et HO-TA-KHAN. — Perforation intestinale itérative de la fièvre typhoïde. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1936, p. 71. Discussion : M. Paoli.
- TASSO-ASTERIADES. — Cinq cas de perforations intestinales posttyphiques opérées. Quatre guérisons et une mort. *Lyon Médical*, 7 mai 1925.
- VERNEJOUL (de). — Le diagnostic précoce des perforations du tube digestif. *Provence Médical*, 15 septembre 1933.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
GÉNÉRALITÉS ÉTIOLOGIQUES	17
1° Fréquence des perforations itératives	17
2° Influence de l'âge et du sexe	18
3° Le moment où elles se produisent	19
4° Les facteurs de la perforation	20
LES LÉSIONS	23
1° La perforation	23
a) La perforation proprement dite	23
b) La déhiscence de la suture	25
2° Conséquences de la perforation	26
a) La péritonite	26
b) La fistule stercorale	27
3° Caractères histologiques	28
4° Mécanisme pathogénique	28
LES SYMPTÔMES	31
(La perforation itérative tardive)	
1° Ses signes	31
2° Son évolution	35
LES MODALITÉS CLINIQUES	37
1° Formes principales anatomo-cliniques	37
2° Formes secondaires	39
LE DIAGNOSTIC	43
LE PRONOSTIC	47

	Pages
LE TRAITEMENT	49
1° Le traitement préventif	49
a) Médical	49
b) Chirurgical	50
1. Traitement préventif de toute perforation itération ou primitive	51
2. Traitement de la première perforation.....	52
2° Le traitement curatif	57
a) Méthodes	57
b) Indications	59
c) Résultats	60
OBSERVATIONS	63
1° Perforations itératives précoces	63
2° Perforations itératives tardives	80
3° Perforations itératives à l'extérieur	91
CONCLUSIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	109

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
